



**Universidade de
Aveiro
2010**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**Patrícia Marlene
Rodrigues da Rocha**

**Qualidade de Vida em Pessoas Idosas: o Centro
Social Paroquial São Pedro Maceda**



**Patrícia Marlene
Rodrigues da Rocha**

**Qualidade de Vida em Pessoas Idosas: o Centro
Social Paroquial São Pedro Maceda**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação da Secção de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

o júri

Presidente	Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo Equiparada a Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Vogal – Arguente Principal	Professora Doutora Maria Assunção Almeida Nogueira Professora Coordenadora s/Agregação, Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário
Vogal - Orientador	Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, pela orientação científica desta tese, pela partilha de conhecimentos, pela paciência e pela disponibilidade.

A todos os intervenientes no estudo, pela disponibilidade e atenção disponibilizada.

Ao Centro Social Paroquial São Pedro Maceda, salientando o apoio e disponibilidade da Direcção, da Equipa Técnica e de todos os profissionais associados.

Ao Mestre António Ferreira pela colaboração na análise de dados.

Aos amigos e familiares (salientando pais e irmã) que me apoiaram durante a execução da tese.

Aos que já partiram... mas que durante a execução deste trabalho de investigação participaram e/ou deram luz e alento para a sua concretização...

O meu sincero agradecimento!

palavras-chave

Envelhecimento, Qualidade de Vida, Respostas Sociais.

resumo

A evolução sócio-demográfica caracterizada pelo envelhecimento populacional e diminuição da natalidade (Fonseca, 2006) justifica a realização de estudos relacionados com o processo de envelhecimento. Durante este processo ocorrem múltiplas transformações (físicas, psíquicas, sociais), surgem novos sentimentos, valores e expectativas, sendo por isso de extrema importância saber o que significa ser idoso e ter qualidade de vida (Silva et al, 2009).

O crescente aumento da população idosa, as alterações das estruturas familiares, a impossibilidade de cuidadores informais assumirem a prestação de cuidados 24 horas por dia ou mesmo a inexistência de cuidadores informais, leva os idosos e/ou família a procurar novas respostas sociais capazes de satisfazer as necessidades dos idosos.

O objectivo deste estudo é caracterizar a QV de idosos com mais de 64 anos, utentes do CSPSPM, considerando as diversas respostas sociais (Lar, CD, SAD) e patologias associadas. A amostra é constituída por 50 participantes, dos quais 26 são do sexo feminino. Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: o EASYcare (Sistema de avaliação de idosos, Sousa et al, 2009) para avaliar a QV; um questionário para identificar as respostas sociais, tempo de vínculo, contactos com familiares e patologias. A análise dos dados envolveu a estatística descritiva, correlacional e inferencial através do programa SPSS.

Comparando as três respostas sociais, os resultados obtidos indicam que: a) a resposta social que apresenta menor QV percebida é a resposta Social de SAD (obtendo médias superiores na maioria dos domínios do EASYcare); b) a resposta social com melhor QV percebida é a de CD (obtendo médias mais baixas na maioria dos domínios do EASYcare); existe uma correlação negativa significativa entre o score global do EASYcare e os anos de escolaridade formal: menor escolaridade associa-se a menor QV percebida.

.

keywords

Aging, Quality of life, Social Responses.

abstract

The socio-demographic characterized by an aging population and declining birth rates (Fonseca, 2006) justify the need for studies related to the aging process. During this process occur multiple transformations (physical, mental, social), new feelings, values and expectations and is therefore extremely important to know what it means to be elderly and have quality of life (Silva et al, 2009).

The growing elderly population, changes in family structures, the inability of caregivers to take care 24 hours a day or even the absence of informal caregivers, takes the elderly and / or their families to seek new solutions capable of meeting the social needs of the elderly.

The purpose of this study is to characterize the QOL of elderly over 64 years, users of CSPSPM, considering the various social responses (Home, DC, HHS) and related pathologies. The sample comprised 50 participants, of whom 26 are female. The instruments of data collection used were EASYcare (assessment system for the elderly, Sousa et al, 2009) to assess QOL, a questionnaire to identify social responses, time link, contacts with relatives and pathologies. Data analysis involved descriptive statistics, correlational and inferential statistics using SPSS.

Comparing the three social responses, the results indicate that: a) a social response that is least perceived QOL is the social response HHS (averaging higher in most areas of EASYcare), b) the social response to perceived QOL is better the DC (averaging lower in most areas of EASYcare); there was a significant negative correlation between the global score of EASYcare and years of formal education: lower education is associated with lower perceived QOL.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO GERAL.....	1
1. QUALIDADE DE VIDA	3
1.1. História.....	3
1.2. Conceito	4
1.3. Qualidade de vida e velhice	6
1.4. Qualidade de vida e avaliação.....	8
2. Qualidade de vida e respostas sociais ao envelhecimento	10
2.1. Família e outros cuidados informais.....	11
2.2. Equipamentos para pessoas idosas	13
2.2.1. Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	14
2.2.2. Centro De Dia (CD).....	14
2.2.3. Internamento.....	15
2.3. Qualidade de Vida, Envelhecimento Activo e respostas sociais: determinantes.....	17
3. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (CSPSPM)	20
3.1. Breve história	20
3.2. Missão.....	20
3.3. Localização	21
3.4. CSPSPM: respostas sociais para a população idosa.....	23
4. OBJECTIVOS	27
5. METODOLOGIA	28
5.1. Tipo de estudo.....	28
5.2. Selecção da Amostra.....	28
5.3. Instrumentos	29
5.3.1. EASYcare.....	30
5.3.2. Questionário	31
5.4. Caracterização da amostra.....	32
5.5. Análise dos dados	34
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	35
6.1. Qualidade de Vida Percebida	35
6.1.1. Visão, audição e comunicação.....	35

6.1.2.	Cuidar de si	36
6.1.3.	Mobilidade	39
6.1.4.	Segurança	41
6.1.5.	Local de Residência e Finanças	42
6.1.6.	Manter-se Saudável	43
6.1.7.	Saúde mental e bem-estar	45
6.1.8.	Administração de medicação	47
6.1.9.	Avaliação do risco de quedas	48
6.1.10.	Percepção de Qualidade de Vida: resultados globais Easycare por resposta social.	49
6.1.11.	Correlações de Rho de spearman: Idade, anos de educação e EASYcare total.....	51
6.1.12.	Teste de Kruskal-wallis: Easycare Global e estado civil.....	52
6.2.	Patologias Clínicas	52
7.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
7.1.	Perfil da amostra: idosos das respostas sociais de Lar, CD e SAD do CSPSPM	55
7.2.	Qualidade de Vida Percebida	61
7.3.	Limitações e Perspectivas de Pesquisa	70
7.4.	Recomendações	71
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
	ANEXOS	83
	Anexo I – Pedido de Autorização	
	Anexo II – Consentimento Informado	
	Anexo III – Easycare	
	Anexo IV – Questionário	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados socio-demográficos	23
Tabela 2- Quadro de pessoal do CSPSPM	25
Tabela 3 - Caracterização da amostra	33
Tabela 4- Visão, audição e comunicação (%)	35
Tabela 5 - Cuidar de si (%)	37
Tabela 6- Mobilidade (%)	40
Tabela 7 - Segurança (%)	42
Tabela 8 - Local de residência e finanças (%)	43
Tabela 9- Manter-se saudável (%)	44
Tabela 10 - Saúde mental e bem-estar (%)	46
Tabela 11 - Administração de medicação (%)	48
Tabela 12 - Avaliação do risco de queda (%)	49
Tabela 13 - Resultados Globais Easycare por resposta Social	50
Tabela 14 - Idade, anos de educação e EASYcare global (correlações de Rho de spearman)	51
Tabela 15 - Teste de Kruskal-wallis: Easycare Global e estado civil	52
Tabela 16 - Identificação de Patologias Clínicas (%)	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Qualidade de Vida de Lawton7

Figura 2 - Determinantes do Envelhecimento Activo (adaptado OMS, 2002)18

SIGLAS

A.C. – Antes de Cristo

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Actividades de Vida Diária

CD – Centro de Dia

CSPSPM – Centro Social Paroquial São Pedro Maceda

DC – Day Center

DGS – Direcção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

EA – Envelhecimento Activo

HHS – Home Help Service

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISCED - International Standard Classification of Education

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

QOF – Quality of Life

QV – Qualidade de Vida

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL- World health organization Quality of life

WHOQOL-OLD- World health organization Quality of life – Old

INTRODUÇÃO GERAL

O envelhecimento foi desde sempre alvo da reflexão do Homem (Paúl, 2005). Numa retrospectiva histórica constata-se a referência a esta temática, por exemplo, já no Antigo Testamento (referência à longevidade humana). O mesmo tópico surge na reflexão de filósofos como Platão (427-347 A.C.), que considera que se envelhece na continuidade da vida.

O processo de envelhecimento é complexo e multidimensional, tendo sido objecto de estudo de diversas ciências (como a economia, direito, medicina, psicologia, sociologia, política) (Paúl, 2005). Cada ciência aborda o tema direccionando-o para a sua área de saber; contudo para fortalecer o conhecimento há que construir evidência e sistematizar as múltiplas abordagens. Essas abordagens transmitem e apresentam uma relação directa com a cultura e as relações sociais de cada época, reflectindo-se no conceito de envelhecimento e nas atitudes para com os idosos.

Squire (2005) enfatiza que o decréscimo da população na Europa, incluindo Portugal, ocorre a par do envelhecimento populacional. Actualmente um terço da população na Europa tem mais de 50 anos de idade. Contudo, a realidade portuguesa fica aquém da Europeia (DGS, 2004), apesar de manter a tendência dos restantes países. No nosso País, os últimos anos de vida são acompanhados por situações de fragilidade e incapacidade, usualmente relacionadas com situações passíveis de prevenção. De acordo com OPSS (2002, in Silva, 2007) o desenvolvimento da saúde em Portugal apresenta um atraso considerável face à restante Europa, nomeadamente na incapacidade de resposta do sistema de saúde: penalização das áreas rurais e mais pobres quanto à necessidade acentuada de recursos humanos; inacessibilidade a cuidados de saúde primários e dificuldade em assegurar cuidados de saúde continuados e domiciliários. Para minimizar as necessidades, a DGS pretende estabelecer medidas preventivas que minimizem as situações que potenciam a incapacidade nos idosos.

O aumento da população idosa não tem sido acompanhado pela valorização do papel da pessoa idosa na sociedade: os mais velhos não são reconhecidos como um recurso na estrutura social. As atitudes mais comuns face à velhice e aos

idosos são negativas e, em parte, responsáveis por uma imagem de não contributo dos mais velhos (Berger, 1995). A preocupação com as repercussões do envelhecimento populacional em termos socioeconómicos e de saúde para a população mundial, levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a implementar políticas e programas de “envelhecimento activo” que procuram potenciar a qualidade de vida e a promoção da saúde da população idosa. Neste momento o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios políticos e económicos do futuro (Squire, 2005).

O envelhecimento acarreta múltiplas alterações, em termos físicos, mentais, sociais e económicas, podendo ocorrer a perda de competências e o aparecimento de dependências. Ou seja, simultaneamente às alterações biológicas e psicológicas inerentes ao envelhecimento, existem transformações nos papéis sociais, exigindo capacidade de ajuste e adaptação às novas condições de vida (Figueiredo, 2007). Neste contexto emerge a necessidade de prestação de cuidados informais e/ou formais. A institucionalização da pessoa idosa em cuidados de longa duração (lares) constitui uma opção residencial para pessoas que, por diversos motivos, não encontram na comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades (Cardão, 2009).

Nesta dissertação foca-se um estudo de caso com a população idosa (mais de 64 anos), abrangida pelo Centro Social Paroquial São Pedro Maceda (CSPSPM) nas suas três respostas sociais: lar, centro de dia e serviço de apoio domiciliário. Pretende-se analisar a qualidade de vida (QV) percebida por esses idosos, relacionando com o contacto com familiares/pessoas próximas e as patologias. Como instrumento utiliza-se o EASYcare e um questionário. A recolha de dados ocorreu nas instalações do CSPSPM e no domicílio de alguns dos idosos. Os resultados do estudo são relevantes para analisar a percepção dos idosos sobre a QV e identificar aspectos positivos e negativos dos cuidados prestados, identificando possíveis agentes de melhoria.

1. QUALIDADE DE VIDA

1.1. *História*

A preocupação com a Qualidade de Vida (QV) é tão antiga quanto a civilização (Silva et al, 2009). O mesmo ocorre com a procura de uma definição para esse conceito, que com frequência parece uma utopia. As noções ou pré-noções do indivíduo sobre o significado de QV associam-se a aspectos sociais, pois o meio compõe padrões de entendimento acerca do que é uma boa QV. A influência advém ainda da época histórica e do grau de desenvolvimento social. Todos estes elementos traduzem diferentes noções de QV, dificultando a elaboração de uma definição de QV universalmente aceite e transversal ao longo do tempo.

Zhan (1992, cit in Silva et al, 2009) considera que a QV assenta em diversas origens. Sublinha o pensamento aristotélico, com a referência à “vida boa ou vida eudaimonia” e os princípios de Yin e Yang da cultura tradicional chinesa. Nestes casos, a QV emerge relacionada com o equilíbrio entre forças energéticas, que permitem atingir a plenitude da vida.

No entanto, a utilização deste conceito pela ciência é recente, remontando aos meados do século XX. Foi no período pós II Guerra Mundial, que o conceito de QV ganhou mais relevo social e se alargou à saúde, pois alguns líderes políticos introduziram o conceito nos seus discursos, associando-o à melhoria do padrão de vida. Tem-se colocado a origem deste conceito no discurso do Presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, que em 1964, referiu: *“o progresso social não pode ser medido através do balanço dos bancos; só pode ser medido através da qualidade de vida proporcionada às pessoas”*. O interesse pela QV surge, desde então, associado aos novos sistemas de indicadores sociais que adquirem uma vertente mais qualitativa, contrapondo a abordagem economicista que analisava o crescimento económico através da evolução do PIB ou do rendimento *per capita*. Acompanhando a mudança socioeconómica da população mundial, o conceito QV tornou-se cada vez mais utilizado, em diversas áreas do saber, como economia, sociologia e saúde.

Silva (2009) salienta que têm sido atribuídos ao termo QV novos significados que o vão tornando sempre mais complexo. Numa fase inicial, QV estaria associado a

bens materiais (como ter casa, dinheiro, carro e poder viajar). Mas, em meados da década de 1960, a Comissão de Metas Nacionais do Presidente Eisenhower, acrescenta ao termo QV o significado de educação, saúde, bem-estar. No final da década de 1960, adquire ainda o significado de liberdade, afecto e prazer, adquirindo uma representatividade que vai além dos bens materiais.

Os primórdios da definição de QV em saúde têm sido colocados em 1948, na sequência da redefinição do conceito de saúde pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que propôs na carta Magna de 7 de Abril de 1947:

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou de enfermidade.”

O interesse e aplicabilidade da QV na área da saúde associam-se a esta definição, implicando que a promoção da saúde não foque apenas o controle de sintomas, diminuição da mortalidade em idades jovens ou aumento da esperança média de vida, mas dê igual importância a aspectos de bem-estar e QV. Em 1948, a declaração dos Direitos do Homem, aprovada pela ONU (Organização das Nações Unidas), enfatiza o bem-estar, definindo-o como um direito do Homem:

“Todo o Homem tem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar saúde e bem-estar a si e à sua família.”

O enfoque da saúde na QV é um campo de investigação relativamente recente, tendo sido numa fase inicial direccionado para as doenças oncológicas e cardiovasculares (Pimentel, 2003). Para Kluthcovsky e Takayanagui (2006) o alargamento às mais diversas áreas do saber ampliou o conceito, valorizando factores como a satisfação, qualidade dos relacionamentos, realização pessoal, percepção de bem-estar, acesso a eventos culturais, oportunidades de lazer, felicidade, solidariedade, liberdade. A constante mutabilidade do conceito QV está relacionado com a humanidade ter a intenção de dar mais vida aos anos, dando enfoque aos aspectos objectivos e subjectivos do tema QV.

1.2. Conceito

O conceito de QV apresenta diversas alterações ao longo da sua história, principalmente quanto ao significado. A natureza abstracta ou subjectiva do construto dificulta a sua operacionalização, pois a definição de uma “boa

qualidade” possui diversos significados, de acordo com diversas variáveis, tais como: indivíduo, sociedade, cultura e ocasião/momento. Por isso, existem diversas definições de QV que sendo submetidas a múltiplos pontos de vista abrangem uma diversidade de factores objectivos e subjectivos, que diferem entre pessoas e são influenciados por valores culturais, religiosos e étnicos.

A literatura apoia a subjectividade da QV, determinada pela percepção (Silva et al, 2009) e pelas experiências de vida. Ou seja, o aspecto subjectivo é essencial para a sensação de satisfação pessoal intrínseca à QV. Fleck et al (2008) salientam que a complexidade da QV está na avaliação (múltiplas dimensões) e decisão sobre os critérios para definir uma boa QV.

A dificuldade em definir QV, levou a OMS a organizar o grupo WHOQOL, que propôs a definição que melhor traduz a abrangência do construto QV. O grupo WHOQOL em 1994 definiu QV como:

“... a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.” (Fleck et al, 2008;25)

Esta definição do grupo WHOQOL torna o conceito QV amplo, incorporando de forma complexa a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com aspectos significativos do meio ambiente. Este conceito tem implícitos três aspectos fundamentais no construto QV:

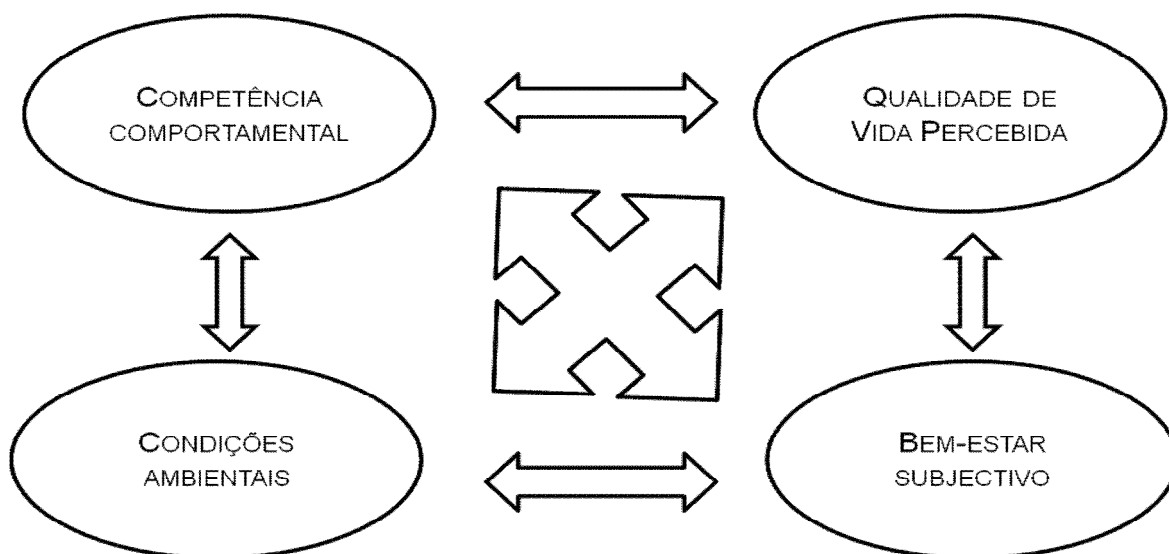
- Subjectividade, focaliza a perspectiva do indivíduo, pois a realidade objectiva só é considerada se percebida pelo indivíduo.
- Multidimensionalidade, pois é constituída por múltiplas dimensões, pelo que um instrumento de avaliação de QV deve ter diversos domínios e pontuações (por exemplo: físico, mental...).
- Presença de dimensões positivas e negativas, já que a “boa QV” exige a presença de determinados elementos (por exemplo, mobilidade) e a ausência de outros (por exemplo, dor).

1.3. *Qualidade de vida e velhice*

As mudanças demográficas na população mundial, com a inversão da pirâmide demográfica, que traduz o aumento da população idosa face à diminuição da taxa de natalidade, levou a OMS a manifestar-se quanto à importância da QV na velhice. Se a definição de QV em geral propicia dilemas, a sua aplicação na velhice constitui é complexa e susceptível de múltiplas influências. Silva (2009) refere que a representação de QV dos idosos possibilita explicar a sua actual forma de vida, podendo surgir dimensões específicas. Viver bem na velhice depende da interacção do idoso com o seu contexto de vida, valores e dimensão social e histórica.

Fonseca (2006) refere que o fenómeno de natureza demográfica associado ao envelhecimento da população, consiste num sinal de êxito de uma cultura de base científica e tecnológica, acompanhado por um crescente interesse no conhecimento dos processos de envelhecimento, por parte das ciências sociais e humanas. A importância dos idosos, como um grupo específico com cada vez maior representatividade em termos estatísticos e sociais, implica maior interesse na obtenção de respostas sobre o que envelhecimento representa.

Se verificamos que a definição do conceito QV é recente e em saúde remonta a meados do século XX, o enfoque da QV na velhice tem apenas alguns anos de evolução. A QV na velhice provém de uma avaliação multidimensional relacionando-se com critérios socionormativos e intrapessoais com referência a relações actuais e passadas e ao contexto (Lawton, 1991, in Fleck et al, 2008). A QV na velhice depende de múltiplos factores em constante interacção ao longo da vida. Um modelo de velhice de natureza multidimensional na literatura gerontológica internacional é o modelo de QV de Lawton (1991) (figura 1).

Figura 1 - Modelo de Qualidade de Vida de Lawton

Fonte: 1- (Silva et al, 2009;164)

Neste modelo a competência comportamental traduz o desempenho face às diferentes situações de vida, representando a avaliação socionormativa do funcionamento do indivíduo. As condições ambientais referem-se ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo Homem, com influência nas competências adaptativas (emocional, cognitiva e comportamental). Esta dimensão está directamente relacionada com a QV na velhice, pois condições ambientais adequadas possibilitam aos idosos o desempenho de comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Tem estreita ligação com o bem-estar percebido. A QV percebida incide na avaliação da própria vida, com influência dos valores que foram adquirindo/construindo e pelas expectativas pessoais e sociais. Traduz a avaliação subjectiva que cada indivíduo efectua do seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais. O bem-estar subjectivo evidencia a satisfação com a vida, satisfação global e satisfação específica em relação a alguns aspectos da vida. Reproduz as relações entre condições objectivas (ambientais), competência adaptativa e percepção da própria QV, ou seja as três dimensões precedentes.

Com este modelo, o autor considera que a QV na velhice pode ser definida como uma avaliação multidimensional regida por critérios socionormativos e

intrapessoais, relacionando-se com relações actuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo idoso e o seu meio ambiente. Complementando, Silva (2009) refere que as evidências disponíveis acerca da heterogeneidade das experiências de velhice sugerem que seja abandonada a noção unidimensional de QV. Sendo a utilização exclusiva de critérios sociais, demográficos, políticos, médicos, epidemiológicos, ecológicos ou subjectivos considerada insuficiente e reducionista para definir a QV na velhice.

A abrangência e profundidade de toda a vida influenciam a dinâmica das interações que os indivíduos estabelecem com o ambiente, assim como, na historicidade de indivíduos e de grupos sociais e na variabilidade das experiências de velhice e envelhecimento. Assim, conduz à preferência de noções de multidimensionalidade e de multivariação do conceito de QV na velhice.

1.4. *Qualidade de vida e avaliação*

As numerosas definições de QV acarretam diversos métodos de avaliação. Da tendência para definir QV tendo por base aspectos específicos associados a determinados grupos de indivíduos, por exemplo com determinada patologia ou determinada idade, desenvolveram-se os instrumentos para avaliação da qualidade de vida. A avaliação de QV na população idosa tem influência de múltiplos factores, como por exemplo, o preconceito e escasso conhecimento existente em relação à velhice.

A definição de QV da OMS deixa transparecer a ideia de que QV é subjectiva, multidimensional e inclui vários elementos de avaliação. Alguns autores consideram que a avaliação de QV deve ser exclusivamente subjectiva e de natureza individual, enquanto outros argumentam que essa avaliação deve ser objectiva, utilizando o estatuto socioeconómico, condições da residência, educação, trabalho e funcionalidade física (Silva et al, 2009). Esta temática tem suscitado um interesse acrescido dos investigadores, que pretendem avaliar a QV das pessoas e discutir e demonstrar a necessidade e importância de aferir QV.

A OMS através do grupo WHOQOL elaborou um instrumento genérico de avaliação de QV e uma escala de QV para idosos: WHOQOL-OLD (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003, 2006). A construção e validação deste instrumento são projectos que abrangem diversos países, daí que apresente natureza transcultural.

A elaboração deste instrumento fundamentou-se nas conceptualizações de QV e nas áreas relacionadas, tendo sido estabelecida uma estrutura hierárquica que inclui QV global e um conjunto de domínios ou facetas específicos que reflectem as características desses domínios. A estrutura é multidimensional, sendo que o WHOQOL deixa patente a coerência entre a definição e instrumento de avaliação.

Numa fase inicial, surgiu o WHOQOL-piloto constituído por seis domínios e facetas: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Cada domínio possui várias facetas da QV que sintetizam o seu domínio particular, num total de 24 facetas e 1 de QV geral. Cada faceta do WHOQOL pode ser caracterizada como a descrição de um comportamento, estado, capacidade ou percepção ou experiência subjectiva (Canavarro et al, 2006). Este instrumento foi validado para a língua portuguesa: no Brasil em 1996, sob coordenação do Dr. Marcelo Fleck, no departamento de psiquiatria e medicina legal da Universidade Federal do Rio grande do Sul em Porto Alegre, por um psiquiatra desse departamento, por uma professora de antropologia da mesma universidade e por três residentes de psiquiatria; em Portugal em 2006 por Canavarro et al, da Universidade de Coimbra.

Sousa et al (2003) refere que o EASYcare (instrumento de recolha de dados desenvolvido no âmbito de um projecto financiado pela União Europeia – European Prototype for Integrated care – EPIC) surge com o intuito de caracterizar a QV e bem-estar da população idosa. A inovação deste instrumento, prende-se com o facto de uma escala apresentar itens relacionados com as várias dimensões de QV e bem-estar dos idosos. O EASYcare foi inicialmente desenvolvido na língua inglesa, tendo sido posteriormente submetido a um processo de validação linguística, existindo actualmente a versão portuguesa.

2. Qualidade de vida e respostas sociais ao envelhecimento

A velhice é um período cada vez mais prolongado, sendo que os últimos anos de vida constituem um prenúncio do fim de vida, em que o funcionamento biológico condiciona o funcionamento social, podendo restringir a autonomia (Silva, 2006). A população idosa apresenta frequentemente doenças crónicas incapacitantes, desequilíbrios psicológicos ou situações familiares e socioeconómicas desfavoráveis (Andrade e Pereira, 2005).

O sentimento de viver cada vez mais é simultaneamente vivenciado com alegria e medo de viver com incapacidades e dependência, isolamento social, desvalorização, depressão e perda de autonomia. Apesar de ao processo de envelhecimento estar inerente alguma deterioração do funcionamento dos órgãos e tecidos, muitos dos sintomas e incapacidades da população idosa resultam de patologias (Hall et al, 1997). No entanto, sejam essas limitações temporárias ou permanentes, para que o idoso viva condignamente e tenha QV é necessário recorrer a respostas sociais capazes de responder às necessidades.

Para Mailloux-Poirier (1995, in Berger e Mailloux-Poirier 1995) a resposta a estas necessidades surge nas redes de suporte, que devem ser ajustadas às necessidades específicas de cada indivíduo. No entanto, Marote et al. (20005) argumenta que embora alguns dos cuidados prestados aos idosos sejam provenientes do sistema formal, ou seja das instituições, é através do sistema informal que é possível manter o idoso no seu meio ambiente com a satisfação das suas necessidades 24 horas por dia. Os representantes do sistema informal são aqueles que proporcionam a maior parte dos cuidados e apoio a quem padece de uma doença ou requer ajuda para actividades de vida diária, sem receber remuneração, podendo ou não manter um laço familiar (Rodriguez, 2001, in Marote et al. 2005).

2.1. *Família e outros cuidados informais*

Ao abordar a temática da prestação de cuidados a idosos torna-se necessário referir a sua integração social, definida pela participação organizacional, em actividades sociais, redes sociais, integração residencial e padrões de amizade (Paúl, 1997). Neste sentido, as redes de apoio informal visam a ajuda concreta às pessoas idosas, sendo normalmente constituídas pelo cônjuge, familiares (filhos, netos, primos, sobrinhos ...), amigos e vizinhos, que tendem a possibilitar a permanência do idoso na sua casa ou em ambiente familiar (Mailloux-Poirier, 1995, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Silva (2006) considera a família como a primeira unidade social onde o indivíduo se insere, que contribui para o seu desenvolvimento, socialização e formação da personalidade. Parafraseando Glezer (1995, cit in Sousa et al., 2004) para além da família ser vista como a *natural* cuidadora dos idosos, por vezes, esta acaba por ocupar, de modo involuntário, o papel de principal cuidador dos seus idosos, devido à insuficiente existência de estruturas e equipamentos de apoio à população. As pessoas com redes mais alargadas obtêm mais apoio nos momentos de doença, daí que o tamanho da rede deva ser alimentado ao longo da vida (Antonucci, 2001, cit in Figueiredo, 2007). No entanto, o tamanho das redes sociais e das trocas de apoio social diminuem com a idade. Neste contexto, Figueiredo (2007) refere que para grande parte dos idosos a família representa a rede social, sendo esses vínculos principalmente estabelecidos por familiares multigeracionais, que constituem os prestadores de cuidados. Existem ainda idosos cuja rede social é mais diversificada, onde os familiares coexistem com outro tipo de vínculo.

Cultural e tradicionalmente, o papel de cuidar é assumido pelas mulheres, contudo esta tendência tem sofrido alterações, principalmente devido ao aumento das mulheres no mercado formal de trabalho (Arber e Ginn, 1990, in Squire, 2005). Ou seja, a evolução da sociedade, levou a família a mudar os seus hábitos, pois a exigência da actividade profissional, reduz o tempo e disponibilidade para dedicar ao idoso. A assunção do papel de cuidador associa-se também à personalidade, valores e parentesco com o idoso. Das relações que

se estabelecem entre os membros de uma família, surgem expectativas e os familiares deparam-se com a dicotomia entre obrigação e vontade de cuidar (Warnes e Ford, 1995, in Sousa et al., 2004).

Os cuidados prestados pela família caracterizam-se pela diversidade, pois as actividades abrangem um conjunto de necessidades que contribuem para a melhoria da saúde e bem-estar dos idosos (Paúl et al, 2005): suporte psicológico, emocional, financeiro, cuidados e assistência nas actividades básicas e instrumentais da vida diária.

A prestação de cuidados tem consequências, incluindo positivas e negativas. Kane e Penrod (1995, cit in Sousa et al., 2004) evidenciam como aspectos positivos: sentimento de realização, prazer em ver os seus familiares bem cuidados e sentimento de dever cumprido. Como aspectos negativos realçam repercussões em termos de saúde (menor disponibilidade para se auto-cuidar), vida social (diminuição das relações sociais, com agravamento de acordo com o grau de dependência do idoso), tempos livres (preocupação permanente) e relações familiares (pouco investimento por falta de tempo e disponibilidade que potencia conflitos devido a contextos stressantes). Em suma, traduz uma alteração no quotidiano do cuidador. No entanto, a prática social dos cuidados familiares não tem por base o sentimento de dever, mas a qualidade das relações interpessoais que foram estabelecidas entre cuidador e idoso. Em Portugal, a família continua como principal fonte de apoio nos cuidados, apoio psicológico e contactos sociais à pessoa idosa dependente (Pimentel, 2001; Paúl, 1997).

Para Wenger (1990, in Paúl, 1997) a relação estabelecida com os amigos e vizinhos é distinta da mantida com familiares, pois resulta de escolhas estruturadas, feitas na base de opções dentro do próprio meio social. As escolhas de amigos são mais fluidas e livres do que as de vizinhos, que apesar de tudo se baseiam mais na relação de proximidade e instrumental. Amigos e vizinhos fornecem tipos de apoio e assistência importantes, que contribuem fortemente para o bem-estar e independência dos idosos. No entanto, por vezes a não existência de cuidadores informais ou a sua incapacidade de resposta efectiva aos idosos, levam à procura de serviços formais.

2.2. Equipamentos para pessoas idosas

O envelhecimento populacional ocorre em simultâneo com grandes alterações estruturais da sociedade (Saldanha, 2004). Há alguns anos os elementos femininos da família trabalhavam no lar e dedicavam o tempo a cuidar da casa, filhos e idosos já com algum grau de dependência; muitas vezes acumulando com tarefas de agricultura. Face à época, o índice de envelhecimento era menor, a longevidade dos idosos era menor e as necessidades que manifestavam eram distintas. Actualmente, muitos indivíduos deslocaram-se para regiões mais urbanas, em que as famílias habitam em espaços restritos. A entrada da mulher no mercado de trabalho deu-lhe direito a independência e emancipação. Com a actual crise económica, torna-se difícil prescindir da actividade laboral e assumir o papel de cuidar. Por isso, cada vez mais os cuidados são entregues ou partilhados com instituições especializadas. No entanto, para a família a decisão da institucionalização de um familiar é geradora de multiplicidade de sentimentos.

O Homem sempre se valeu do cuidado com o intuito de se manter com saúde (Silva, 2009). O cuidado constitui parte integral da vida e nenhum tipo de vida pode sobreviver sem cuidado. Silva (2009) considera que pela sua natureza, o acto de cuidar inclui duas significações básicas interligadas: i) atitude de desvelo, solicitude e atenção com o outro; ii) preocupação e inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afectivamente ligada à outra. Na inviabilidade de na rede (familiar, vizinhos, amigos) existir um cuidador informal durante 24 horas por dia, a procura de alternativas viáveis e capazes de satisfazer as necessidades do idoso são também um modo de cuidar.

Para além da prestação de cuidados informais pode-se encontrar apoio nas respostas sociais de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, que tentam suprir as carências e/ou dar apoio ao cuidador informal, complementando em parceria a prestação de cuidados. Outra alternativa é a resposta social de Lar, caracterizada pela prestação de cuidados formais 24 horas por dia, mantendo elo de ligação com o ambiente familiar e afectivo. As redes de apoio formal incluem-se nos serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível do concelho ou freguesia, criados para servir a população idosa, sendo

constituídas por: lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, ou centros de convívio.

2.2.1. Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

A resposta social de SAD consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades de vida diárias (Bonfim e Veiga, 1996). Ainda de acordo com o mesmo autor (Bonfim e Veiga, 1996) esta resposta social tem como objectivos gerais: i) contribuir para a melhoria da QV dos indivíduos e famílias; ii) contribuir para retardar ou evitar a institucionalização. Os objectivos específicos são: i) assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação das necessidades básicas; ii) prestar cuidados de ordem física e apoio psico-social aos indivíduos e família, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; iii) colaborar na prestação de cuidados de saúde. Em termos organizacionais podem apresentar da seguinte forma:

- a) Desenvolver-se a partir de uma estrutura criada com essa finalidade ou a partir de uma estrutura já existente – lar, CD ou outra;
- b) Deve progressivamente organizar-se no sentido de proporcionar um apoio contínuo nas 24 horas e uma actuação de emergência, sempre que necessário.

2.2.2. Centro De Dia (CD)

O CD é uma resposta social desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar (Bonfim e Saraiva, 1996). Tem como objectivos: i) a prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas; ii) prestação de apoio psico-social; iii) fomentar as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, para evitar o isolamento. Pode organizar-se como: serviço autónomo, ou seja, num espaço próprio e com funcionamento independente; serviço integrado numa estrutura já existente (lar, centro comunitário ou outra estrutura polivalente).

2.2.3. Internamento

Vandenplas-Holper (2000) refere que durante a idade adulta a pessoa expande o seu controle sobre diversos domínios, no entanto, com a entrada na reforma vê-se privada do papel de trabalhador e do controle que exercia no domínio profissional. A mudança para uma instituição pode representar uma perda suplementar de domínio, pois as instituições de modo erróneo assumem grande parte dos papéis desempenhados pelos idosos, conduzindo-os à dependência. Desta situação advêm sentimentos de depressão ou, em casos extremos, morte prematura.

No entanto, as diferenças culturais e as mudanças de papéis são uma constante e a ideia de que a família tem de cuidar do idoso e valorizar a vida afectiva e social tem sido cada vez mais reduzida (Oliveira et al., 2006). As famílias são nucleares, os membros de idade adulta desempenham actividades laborais e prescindir destes acarreta dificuldades económicas consideráveis, por vezes até insustentáveis. O internamento surge como uma opção viável à resolução de problemas/necessidades do idoso, podendo assumir um carácter temporário ou definitivo. Também há casos em que o internamento não surge como uma imposição da vida, mas como uma opção pessoal do idoso que, ponderando as opções, escolhe a institucionalização como a alternativa mais válida para si.

A hipótese de internamento numa instituição surge como uma necessidade, na medida em que a pessoa idosa é confrontada com múltiplos problemas, que a afectam em diversos aspectos da sua autonomia e nas capacidades do seu meio para as superar (Mailloux-Poirier, 1995, in Berger e Mailloux-Poirier 1995). Assim, quando as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam e as capacidades do meio diminuem, surge a instituição como alternativa.

Lar

A preocupação com as necessidades sociais da população leva à emergência de instituições focalizadas em determinados sectores da população (Almeida, 2008). Os lares surgem com o intuito de satisfazer as necessidades em termos de cuidado da população idosa. Para Jacob (2002, in Almeida, 2008) os idosos institucionalizados residentes são aqueles que vivem 24 horas por dia numa

instituição, denominada Lar ou Residências. A institucionalização crescente dos idosos está associada a um aumento da faixa etária e às modificações que ocorrem na estrutura familiar.

Inicialmente estavam associadas a ordens militares ou religiosas, mas algumas surgiram por iniciativas da aristocracia ou mercadores ricos e dividiam-se em quatro tipos: albergarias, mercearias, hospitais e gafarias ou leprosarias (Almeida, 2008). Foi apenas após o século XVII que as questões da solidariedade começaram a ter um carácter de consciência social do Estado e da sociedade civil, pois começou-se a destrinçar os sentimentos religiosos. Em Portugal, o surgimento da Casa Pia no século XVIII, constitui o marco de mudança, passando o apoio social a ser prestado por uma entidade pública e sociedade civil.

Foi baseado no amadurecimento desse sentimento da responsabilidade do Estado e da sociedade civil, que provieram os termos legislativos e a criação das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). A sua menção em termos Constitucionais surge em 1976 (art.º nº 63), sendo definidas posteriormente, no art.º 1 do Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro como: *“Entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre propósito de expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre indivíduos e desde que não sejam administradas pelo estado ou por um corpo autárquico (...)”*. As IPSS podem assumir diversas formas, como Santas Casas de Misericórdia ou Centros Sociais, e dadas as necessidades de apoio da população idosa estas instituições multiplicaram-se e consolidam-se na sociedade.

O Lar de Idosos é uma resposta social desenvolvida em alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia (Bonfim et al., 1996). Têm como população alvo pessoas com 65 anos ou mais de idade cuja situação não possibilite a permanência no meio habitual de vida, ou pessoas com idade inferior a 65 anos em condições excepcionais. Tem como objectivos: i) atender e acolher pessoas cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não permita uma outra resposta alternativa; ii) proporcionar serviços adequados à satisfação das

necessidades dos residentes; iii) proporcionar alojamento temporário como forma de apoio à família (por exemplo, doença de um dos elementos); iv) prestar os apoios necessários às famílias dos idosos, para a preservação e fortalecimento dos laços familiares.

Sousa (2004) refere que para a maioria dos idosos permanecer nos seus domicílios significa a manutenção da sua independência; no entanto, devido a múltiplos motivos a institucionalização surge. O processo de institucionalização em lar tem inerente o simbolismo de quem sai da sua casa e compreende um conjunto de etapas: decidir em prol da institucionalização, escolha do lar e adaptação/integração na nova residência.

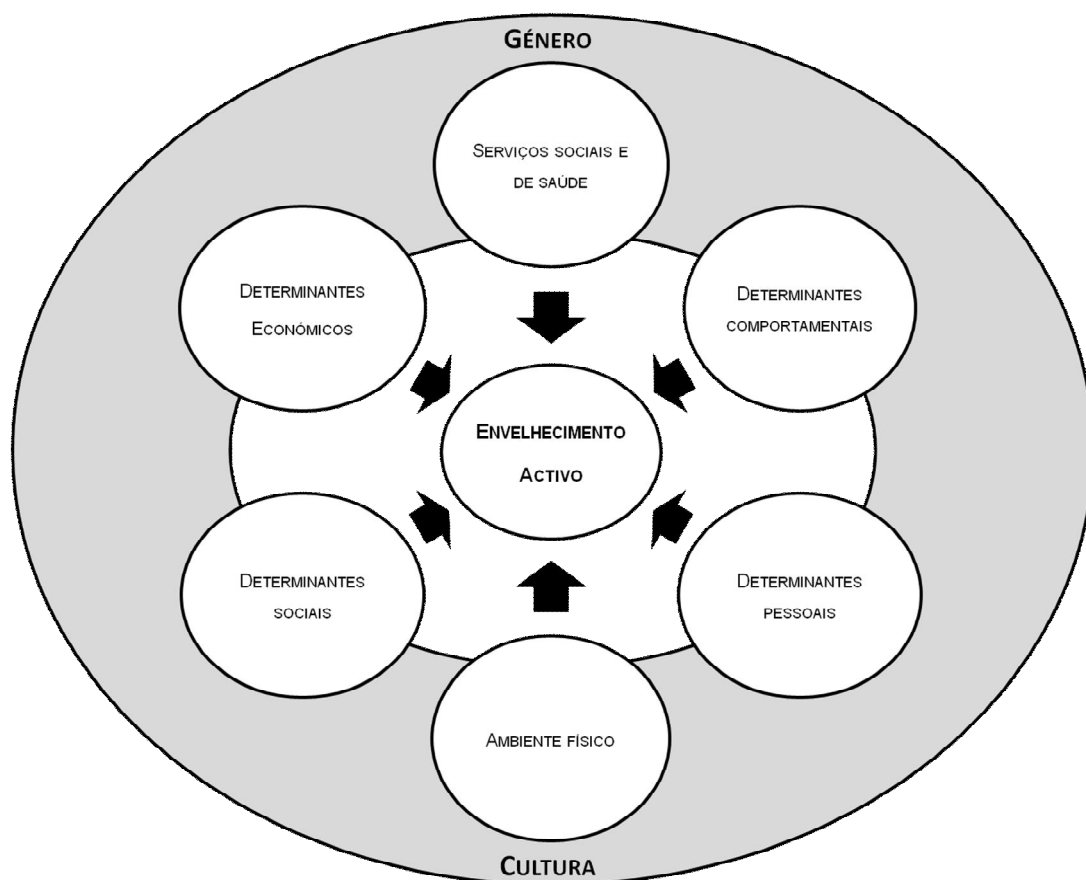
Sousa (2004) refere que a tomada de decisão quanto à institucionalização deve ser efectuada de forma consciente com a clareza de que o objectivo não será manter o idoso na sua casa, mas garantir que este viva com QV. Aquando da institucionalização o idoso vivencia uma multiplicidade de sentimentos: fica perante uma situação de dupla pertença, se por um lado tem a família (ligação afectiva), por outro tem o lar (laço instrumental e/ou afectivo). Para Cardão (2009) a institucionalização pode surgir por opção própria do idoso ou por sugestão de familiares ou outros (amigos, vizinhos). A forma como o idoso vai perceber e executar todo o processo de adaptação à institucionalização será condicionado pela forma como perspectiva o internamento: como um ganho, se a decisão for consensual e benéfica, na medida em que passa a ter um acompanhamento e uma resposta às suas necessidades, principalmente se existirem limitações físicas; como perda, se consideram como última opção ou imposição de outros, considerando a institucionalização impessoal, restritiva e forma de afastamento da sua rede social.

2.3. *Qualidade de Vida, Envelhecimento Activo e respostas sociais: determinantes*

O Envelhecimento Activo (EA) constitui um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a QV das pessoas que envelhecem (OMS, 2002). A DGS (2004) preconiza que o EA

depende de uma variedade de influências ou determinantes, que englobam os indivíduos, suas famílias e as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos esses factores, assim como os que resultam da sua interacção, constituam o referencial dos indicadores de qualidade de envelhecimento das pessoas e populações. Deste modo, apresenta-se o esquema representativo das determinantes do Envelhecimento Activo (Figura 2).

Figura 2 - Determinantes do Envelhecimento Activo (adaptado OMS, 2002)



Fonte: 2 - (OMS, 2002:19)

A promoção do EA constitui um dos princípios estratégicos desenvolvidos pela OMS que visam uma nova perspectiva de desenvolvimento social. O EA comporta um conjunto de atitudes e acções que visam prevenir ou adiar as complicações inerentes ao processo de envelhecimento (Almeida, 2008, in Páscoa, 2008). Cada vez mais a ciência se debruça sobre o aumento da longevidade, no entanto, este

aumento dos anos de vida deve ser sempre perspectivado em mais anos com QV. No EA existem três áreas a considerar:

- a) O envelhecimento biológico, que pode ser adiado, mas é inevitável. A prática de medidas preventivas deve ser efectuada desde cedo, assim como a identificação de sinais que o corpo possa manifestar, para agir atempadamente e responder de forma eficaz aos “desequilíbrios” orgânicos e esperar ter uma velhice sem grandes complicações físicas.
- b) Ao nível intelectual, deve-se ter consciência da importância e necessidade de estimulação do intelecto, através da constante execução de exercícios de elevado grau de dificuldade, que sejam verdadeiros “desafios para a mente”.
- c) Ao nível emocional emerge a importância da motivação. Mesmo sabendo o que *é melhor para nós*, nem sempre conseguimos ter a motivação para seguir esses pressupostos.

Ser detentor de conhecimento acerca do EA e dos aspectos que podem nele interferir, é crucial para que os idosos possam desfrutar de um envelhecimento com QV. As preocupações com o EA e a QV têm sido um factor determinante para o desenvolvimento de respostas sociais que além de darem resposta às necessidades dos idosos lhe possibilitem viver com qualidade, estimulando o EA.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (CSPSPM)

3.1. *Breve história*

O Centro Social Paroquial São Pedro de Maceda (CSPSPM) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), criada em Junho de 1981 por iniciativa da Comissão da Fábrica da Igreja de Maceda e erecta canonicamente por decreto do Bispo da Diocese do Porto, em 23 de Julho de 1981. Em 12 de Julho de 1985 foi registada no Livro 2 das Fundações de Solidariedade Social, folhas 178, sob o n.º 72/85. Desde a sua fundação, que o CSPSPM se propõe “contribuir para a promoção integral de todos os paroquianos, coadjuvando os serviços públicos competentes e as instituições particulares num espírito de solidariedade humana, cristã e social” (Artigo 2.º, Capítulo I dos Estatutos do CSPSPM).

A primeira resposta social do CSPSPM foi o Centro de Dia, criado a 9 de Dezembro de 1986 tendo como população alvo os idosos de Maceda e freguesias vizinhas. A intervenção na área da infância e juventude surgiu em Agosto de 1987, com as Actividades de Tempos Livres (ATL) e continuou em Março de 1991 com a Creche e Jardim-de-infância. No sentido de responder a outras necessidades de intervenção com a população idosa, em Julho de 1995 surgiu o Lar de Idosos. E, em Agosto de 1996, foi criado o serviço de apoio domiciliário.

3.2. *Missão*

O CSPSPM tem como missão prestar respostas sociais de modo a promover o desenvolvimento integral da comunidade, especialmente das crianças e idosos em situação mais desfavorecida, através de um acompanhamento personalizado e contínuo, tendo como pilar a solidariedade social (Reis, 2008). Mais especificamente procura:

- Fomentar um serviço de cooperação em trabalho de equipa, valorizando as contribuições individuais;
- Contribuir com uma resposta social certificada e mais abrangente para a comunidade;

- Estabelecer mais parcerias com entidades competentes de forma a responder às necessidades da comunidade;
- Constituir-se num pilar primordial de desenvolvimento social e humano da comunidade envolvente;
- Melhorar a eficácia dos colaboradores proporcionando ocasiões programadas de formação.

3.3. *Localização*

O CSPSPM está sediado em Maceda, concelho de Ovar, distrito de Aveiro, diocese do Porto. Envolve dois edifícios, um para as respostas na área da infância e outro para as de apoio à população idosa.

O concelho de Ovar situa-se no litoral norte do Distrito de Aveiro e é constituído por oito freguesias: Ovar, Válega, S. João, S. Vicente de Pereira, Arada, Maceda, Cortegaça e Esmoriz. Das oito freguesias do Concelho, apenas três vêem os seus solos divididos em área urbana, área industrial e área rural/natural (Ovar, Esmoriz e Cortegaça). Só nestas freguesias existem, apesar de escassos, equipamentos e infra-estruturas que permitem responder às expectativas comuns ao cidadão urbano actual. As outras freguesias, incluindo Maceda, envolvem apenas residências, comércio, rede viária e zonas aráveis.

A área total do concelho de Ovar é de 149.9 Km². Em 2001 apresentava uma população de 55.198 habitantes e em 1991 tinha 49.659 habitantes, o que equivale a uma variação positiva de cerca de 11% (INE; Censos 2001). 51,3% eram do sexo feminino.

No que se refere à População residente nas freguesias em 2001, a freguesia de Ovar é a que detém maior número de habitantes residentes por cada grupo etário, seguida de Esmoriz (INE, 2001). Válega é a terceira freguesia com o maior índice populacional, mas nos grupos etários dos 25 aos 64 anos e dos 65 ou mais anos foi ultrapassada pela freguesia de S. João (3.626 e 940 *versus* 3.533 e 923, respectivamente). O grupo etário dos 25 aos 64 anos é o mais numeroso em todo

o Concelho, seguido do grupo dos 0 aos 14 anos, num total de 30.253 e 10.023 residentes, respectivamente.

O número de habitantes do sexo feminino é superior ao do masculino, exceptuando a faixa etária dos 0 aos 14 anos e dos 15 aos 24, cuja população masculina é mais numerosa (5.157 e 4.076 *versus* 4.866 e 3.973, respectivamente). Se analisarmos por freguesia, constata-se que Cortegaça, embora com uma diferença de três habitantes, não contribuiu para esta situação no que concerne ao grupo etário dos 0 aos 14 anos. No que se refere à faixa etária dos 15 aos 24 anos, foram as freguesias de Cortegaça, Esmoriz, Maceda e Válega que contribuíram para a situação observada.

A freguesia de Maceda (INE, 2001) apresentava no ano de 2001, 177 homens e 246 mulheres com 65 anos ou mais, num total de 423 idosos.

Na freguesia de S. João a população com 65 ou mais anos é mais numerosa que a dos 15 aos 24 anos, pelo que é a freguesia com o maior índice de envelhecimento do Concelho. Nas restantes freguesias verifica-se o inverso, embora essa diferença seja pouco significativa: S. Vicente de Pereira – 39; Cortegaça – 80; Arada - 83. Na freguesia de Esmoriz o número de jovens dos 15 aos 24 anos é superior ao dos idosos com 65 ou mais anos (+ 568 habitantes), podendo ser considerada a freguesia com a população mais jovem do Concelho.

Em relação à estrutura etária da população residente no Concelho de Ovar, constata-se que é jovem, o que permite perspectivar uma certa sustentabilidade no crescimento populacional.

Tabela 1 - Dados socio-demográficos

Distrito	Area total 2808,2 Km ²		População Total: 712,961			
Concelho	Ovar	Área total 149,9Km ²	População Total: 55,198			
			Sexo Feminino (F) 51,3%	Sexo Masculino (M) 48,7%		
Freguesias:	Zona de residência	Faixa etária				Nº Habitantes recenseados (censos 2001)
		0-14 (F+M)	15-24 (F+M)	25-64 (F+M)	≥65 (F+M)	
Ovar	Urbano	2974 (1423+1551)	2471 (1241+1230)	9482 (4900+4582)	2258 (1328+930)	17185
Válega	Rural	1262 (635+627)	1024 (479+545)	3533 (1795+1738)	923 (546+377)	6742
S.João	Rural	1223 (574+649)	906 (455+451)	3626 (1862+1764)	940 (545+395)	6695
S. Vicente Pereira	Rural	439 (215+224)	324 (162+162)	1352 (674+678)	285 (154+131)	2400
Arada	Rural	655 (314+341)	507 (262+245)	1844 (943 +901)	424 (243+181)	3430
Maceda	Rural	719 (346+373)	549 (251+ 298)	1996 (1023 +973)	423 (246+177)	3687
Cortegaça	Urbano	717 (360+357)	579 (285+294)	2271 (1167+1104)	499 (298+201)	4066
Esmoriz	Urbano	2034 (999+1035)	1689 (838+851)	6149 (3105+3044)	1121 (660+461)	10993
Total		10023	8049	30253	6873	

(Fonte: INE: Censos, 2001)

3.4. CSPSPM: respostas sociais para a população idosa

Centro de Dia

Trata-se de uma resposta social desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos

idosos no seu meio social e familiar. Esta instituição disponibiliza: alimentação (pequeno-almoço, almoço e lanche); cuidados de higiene (em situações precárias de habitação); apoio/acompanhamento psicossocial; actividades de lazer (passeios, jogos, trabalhos manuais, convívios intergeracionais e interinstitucionais); transporte para a instituição dos clientes residentes em Maceda e freguesias limítrofes; fisioterapia e classes de movimento e bem-estar; serviço de estética; serviço de podologia; serviço religioso. O horário de funcionamento é das 08H00 às 18H00, todos os dias úteis.

A lotação máxima do Centro de Dia é de 30 idosos, estando esta valência lotada. Dos 30 idosos, apenas 3, do sexo feminino, possuem idade inferior a 65 anos. Os restantes 27 idosos têm 65 anos ou mais de idade, sendo 14 do sexo feminino.

Lar de Idosos

Desenvolve actividades de apoio social a pessoas idosas, que incluem para além das já referidas para o Centro de Dia, as seguintes: alojamento permanente; alimentação (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e reforço alimentar ao deitar); cuidados de higiene e conforto; tratamento de roupas; acompanhamento médico, de enfermagem e nutrição; acompanhamento psicossocial; vigilância 24h por dia, durante a permanência na instituição; apoio em deslocações ao exterior; transporte e acompanhamento a consultas médicas. O horário de funcionamento do Lar de Idosos é de 24h por dia, todos os dias da semana.

A lotação máxima do Lar de Idosos é de 40 clientes, estando 2 vagas reservadas para uma parceria de cooperação com Centro de Saúde de Ovar, na qual a permanência dos utentes é de carácter temporário. A actual taxa de ocupação é de 33 clientes, todos com vínculo permanente à instituição. Apenas 3 apresentam idade inferior a 65 anos de idade, 2 do sexo feminino. Os restantes 30 idosos têm 65 anos ou mais de idade, sendo 17 do sexo feminino.

Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

É uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e suas famílias que, por motivo de doença, incapacidade física ou mental ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades

básicas e/ou as actividades da vida diária. Inclui: prestação de cuidados de higiene e conforto; confecção, transporte e/ou distribuição de refeições (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar); arrumação e pequenas limpezas no domicílio; tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviço do SAD; acompanhamento psicossocial; actividades de lazer (passeios, jogos, trabalhos manuais, convívios intergeracionais e inter-institucionais).

O SAD tem duas modalidades de funcionamento: de 2ª a 6ª feira (dias úteis), 8h-20h; de 2ªf a Domingo, incluindo feriados, 8h-13h e 17h-20h. Cada uma das modalidades tem a lotação máxima de 20 clientes. Do total das 40 vagas, estão 38 preenchidas (apenas 6 utentes com idade inferior a 65 anos, 5 do sexo masculino). Os restantes 32 idosos apresentam 65 ou mais anos de idade e 20 são do sexo feminino.

Neste estudo incluem-se todos os utentes com mais de 64 anos de idade, incluídas nas respostas sociais de Lar, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário.

Verifica-se que todas as categorias profissionais apresentam 100% de taxa de afectação à excepção da equipa técnica, administrativo(a), motorista e cozinheiro(a) pelo facto de serem comuns às três respostas sociais (tabela 1).

Tabela 2- Quadro de pessoal do CSPSPM

N.º DE UNIDADES	CATEGORIA PROFISSIONAL	TIPO DE VÍNCULO	PERCENTAGEM DE AFECTAÇÃO	OBSERVAÇÕES
1 a)	Director(a) Técnico(a)	Efectivo(a)	20%	Comum às restantes respostas sociais
1	Téc. Sup. Serviço Social	Efectivo(a)	33.33%	Comum às respostas da População Idosa
1	Técnico(a) de Animação	Contrato a prazo	33.33%	Comum às respostas da População Idosa
3	Enfermeiro(a)	Avença	Mínimo de 6h/semana por cada 12 utentes	Resposta social de Lar

1	Médico	Avença		Resposta social de Lar
1	Nutricionista	Avença		Resposta social de Lar
20 (1+11+8 respectivamente)	Ajudantes Centro Dia/Lar/serviço Apoio Domiciliário	Efectivo(a)	100%	
2	Ajudantes Lar Lavandaria	Efectivo(a)s	100%	
1	Cozinheiro(a)	Efectivo(a)	100%	Comum às restantes respostas sociais
3	Ajudante de Cozinheiro(a)	Efectivo(a)	100%	
5	Auxiliar de Serviços Gerais	Contrato a prazo	100%	
1	Administrativo(a)	Efectivo(a)	20%	Comum às restantes respostas sociais
1	Motorista	Efectivo(a)	33.33%	Comum às respostas da População Idosa

a) As funções de Director(a) Técnico(a) deverão ser asseguradas por um(a) colaborador(a) com formação académica e técnica na área das Ciências Sociais e Humanas

4. OBJECTIVOS

O principal objectivo deste estudo é caracterizar a qualidade de vida de idosos (com mais de 64 anos) utentes do CSPSPM. Mais especificamente analisa-se a qualidade de vida dos idosos considerando as respostas sociais de que são utentes (Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário) e as patologias associadas. Este estudo é relevante para a instituição e para a investigadora, que exerce funções na instituição, nomeadamente ao nível dos cuidados de enfermagem, pois possibilitará a caracterização da população abrangida pelo CSPSPM permitindo definir novas estratégias e programas cada vez mais capazes de promover a qualidade de vida dos utentes.

5. METODOLOGIA

5.1. *Tipo de estudo*

Esta investigação apresenta-se sob a forma de um estudo de caso, no qual a recolha de dados é efectuada através da obtenção de respostas a dois instrumentos (EASYcare e questionário) a idosos abrangidos pelo CSPSPM. A metodologia utilizada é quantitativa, descritiva (percepção dos idosos sobre a sua QV) e comparativa (das diferentes respostas sociais). A utilização deste tipo de estudo é explicada por Fortin (2003:165): “o estudo de caso é uma investigação aprofundada de um indivíduo, família, grupo ou organização”.

5.2. *Seleccção da Amostra*

A amostra deste estudo foi seleccionada através do método não probabilístico de amostragem por selecção racional e é composta por utentes das três respostas sociais do CSPSPM, que obedeçam aos critérios de inclusão: mais de 64 anos; discurso coerente e orientado no tempo e no espaço capacidade de expressão; e aceitar participar (consentimento informado).

“A amostragem por selecção racional é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico...” (Fortin, 2003:209).

Após análise da listagem de utentes e respectivos dados biográficos abrangidos pelo CSPSPM (mês de Dezembro 2009) constatou-se que a instituição abrange um total de 101 utentes, sendo 89 pessoas (88,11%) com idade superior a 64 anos.

Foi solicitada e obtida autorização¹ da direcção da instituição para realização do estudo, sendo que a DT (directora técnica) foi indicada como o profissional de contacto para colaborar nas necessidades do estudo. Para proceder à selecção dos participantes foi solicitada colaboração da DT, após explicação dos critérios de inclusão, para que identificasse e contactasse todas as pessoas que

¹ Anexo I

cumprissem esses critérios, explicando brevemente o projecto, a colaboração solicitada e pedindo para que o investigador pudesse entrar em contacto.

Após estes procedimentos constata-se que 29 (32,6%) não possuem capacidade para se expressar e/ou orientação espaço-temporal (Lar: 8 pessoas, 5 do sexo feminino; CD: 8 pessoas, 4 do sexo masculino; SAD: 13 pessoas, 10 do sexo feminino) e 10 (11,2%) não acedem à participação no estudo (CD: 6 pessoas, 3 do sexo masculino; SAD: 4 pessoas, 3 do sexo feminino). Do total de idosos com mais de 64 anos apenas 50 idosos (56,2%) apresentam os critérios de inclusão deste estudo, constituindo a amostra.

Procedeu-se então à recolha dos dados. Previamente à administração dos instrumentos de estudo foi efectuada uma breve explicação do projecto e foi entregue e assinado o consentimento livre e informado².

Os instrumentos foram aplicados na instituição no caso dos utentes de lar e centro de dia. Para os utentes em SAD foram utilizadas duas estratégias: i) para os mais independentes foi solicitada a marcação de sessões na instituição sede; ii) para os restantes, que não se podiam deslocar à Instituição, mas que cumpriam os critérios inclusivos deste estudo, foram efectuadas visitas domiciliárias, na qual o investigador era acompanhado por um elemento da equipa técnica da instituição, para manter o elo de ligação e a acreditação do investigador.

Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados pela autora em forma de entrevista. A aplicação de cada questionário demorou em média 30-40 minutos, de acordo com a capacidade de síntese da pessoa questionada. A recolha de dados ser decorreu entre Janeiro de 2010 e Fevereiro de 2010.

5.3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo incluem: o EASYcare e um questionário sobre patologias do idoso e contacto com pessoas significativas. Procedeu-se a um pré-teste com o EASYcare e o Questionário junto de população com

² Anexo II

características da população alvo do estudo, para analisar dificuldades e possíveis alterações. Este procedimento ocorreu com 3 pessoas idosas: não foram elaboradas alterações no EASYcare, no entanto, no Questionário foram acrescentadas as questões sobre o contacto com familiares/pessoas próximas e com o tempo de permanência na Instituição e na resposta social.

5.3.1. EASYcare³

O EASYcare-versão 2008 (Elderly Assessment System; Sistema de Avaliação de Idosos) é um sistema de avaliação das necessidades de pessoas idosas com 65 anos ou mais, desenvolvido a nível Europeu. Consiste numa avaliação das pessoas idosas que responde a algumas recomendações da literatura: uso de avaliações simples, individuais, compreensivas e multidimensionais que facilitem respostas individualizadas; preparação dos sistemas de apoio, que ao conhecerem com antecedência e de forma uniformizada as necessidades das pessoas idosas, podem oferecer melhores respostas organizacionais.

A primeira versão (1999-2002) foi validada para a população Portuguesa (Sousa et al. 2003). Em 2008 a Universidade de Sheffield lançou a versão EASYcare 2008, integrando as alterações resultantes da investigação e prática com a versão 1999-2002. Esta versão também já foi validada linguística e culturalmente para a população Portuguesa (Sousa, Figueiredo e Guerra, 2009).

A construção do EASYcare (1999-2002 e 2008) decorreu a partir de escalas, como o *Índice de BARTHEL*, o *SF-36 Health Survey*, a *Geriatric Depression Scale*. Retiraram-se os itens mais discriminatórios e organizou-se um novo instrumento de avaliação multidimensional (Sousa e Figueiredo, 2000).

A versão 2008 inclui o EASYcare Standard e o EASYcare Instrumentos de Apoio. O EASYcare Standard é um instrumento baseado na evidência que permite aos profissionais, às pessoas idosas e aos seus cuidadores informais registar informação sobre áreas que podem ter impacto na independência, saúde e bem-estar da pessoa idosa. Essas áreas são: aspectos sensoriais; auto-cuidado;

³ Anexo III

mobilidade; segurança; habitação; situação económica; saúde; saúde mental e bem-estar; cuidados familiares. O EASYcare Instrumentos de Apoio é utilizado para providenciar dados adicionais sempre que o profissional considere necessário, inclui: informação sobre os cuidadores informais, medicamentos; indicador de risco de quedas, risco de quebra nos cuidados. Refira-se que este instrumento avalia a percepção dos idosos em relação às suas capacidades (se se sentem capazes de...).

De acordo com Sousa et al (2003) este instrumento é um meio eficaz de avaliar a qualidade de vida, bem-estar e necessidades das pessoas idosas, ao mesmo tempo que as capacita envolvendo-as na definição das suas necessidades e prioridades. Para além disso, ajuda os profissionais a melhorar os cuidados que prestam ao idoso.

O EASYcare possui um sistema de pontuação em que os valores de cada item foram acordados através da combinação de pontos de vistas de profissionais na área da saúde, pessoas idosas e prestadores de cuidados informais, em relação à sua importância relativa. Sendo que pontuações mais elevadas indicam maior incapacidade e/ou menor QV. Salienta-se que este instrumento não substitui o juízo clínico, pelo que não há um valor a partir do qual se identifica incapacidade e/ou ausência de QV. “Esta escala pretende ajudar os profissionais a melhorar os cuidados que prestam ao idoso, todavia os dados obtidos podem ser utilizados para avaliar problemas diversificados na população, necessidades e objectivos, que auxiliam a gestão dos serviços, a investigação e a formulação de políticas” (Sousa et al., 2003: 366).

5.3.2. Questionário⁴

Como este estudo centra os idosos com mais de 64 anos do CSPSPM que compreende três valências, foi desenhado um breve questionário para assinalar a valência do utente: Lar, Centro de Dia ou Apoio Domiciliário. Para além disso, como as relações sociais, especialmente com elementos da família, são

⁴ Anexo IV

fundamentais para a QV foi organizada uma questão para aceder aos contactos com elementos significativos: “Na última semana quantas vezes esteve em contacto com familiares e/ou pessoas próximas?” As patologias da pessoa idosa também influenciam as necessidades e QV, por isso, foi introduzida uma questão sobre as patologias do idoso. Nesta questão é solicitado aos idosos que identifiquem as suas patologias, existindo algumas áreas patológicas predefinidas para que a resposta seja mais objectiva, deixando espaço em aberto para outras patologias.

5.4. *Caracterização da amostra*

A amostra compreende 50 participantes (tabela 2), dos quais 52% são do sexo feminino, sendo a área de residência da totalidade dos participantes (100%) pertencente à zona rural, o que se justifica pela localização do CSPSPM (Maceda, concelho de Ovar).

Relativamente às respostas sociais existentes no CSPSPM, verifica-se que 44% dos inquiridos são utentes do Lar, 30% de SAD e 26% de centro de dia.

Em média os idosos estão vinculados à instituição há 48,38 meses (cerca de 4 anos), variando entre os 2 meses e os 203 meses (cerca de 17 anos). A média de permanência na resposta social actual é de 47,72 meses (variando também entre os 2 meses e os 203 meses de vínculo); ou seja, a troca entre valências parece ser diminuta.

A média de idade dos participantes é de 79,88 anos, variando entre os 65 e 98 anos, sendo a faixa etária entre os 75 -84 anos que apresenta mais participantes (56%).

Relativamente à escolaridade, constata-se que os participantes apresentam uma média de escolaridade formal de 2,84 anos (valor que se encontra muito próximo da 3ª classe, que face à faixa etária dos participante, constituía a escolaridade obrigatória em Portugal nessa época). Varia entre indivíduos que apresentam 0 anos de escolaridade (28% nunca frequentaram a escola e são analfabetos) e indivíduos que têm 16 anos de escolaridade (2% que equivale uma licenciatura).

Quanto à situação profissional, verifica-se que 88% dos idosos inquiridos são reformados, enquanto os restantes 12% são pensionistas.

Relativamente ao estado civil, 56% são viúvos, 32% são casados, 8% solteiros e 4% divorciados. Quanto à questão com quem vive, constatou-se que 44% vive em instituição, 16% em casal ou com família alargada, 14% vivem sozinhos e 10% refere uma outra situação (4 pessoas referem viver com um filho e 1 pessoa refere viver com um sobrinho).

Quanto ao contacto durante a última semana com familiares /pessoas próximas (pessoalmente via telefónica), verifica-se que em média o número de contactos é 4,72, oscilando entre os idosos que não tiveram nenhum contacto e os que mantêm contacto diário.

No que respeita à caracterização aos seus rendimentos, 64% dos idosos refere que são suficientes, 32% que não chegam para as necessidades e 4% refere que sobra algum dinheiro.

Tabela 3 - Caracterização da amostra

	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	12	54,5	7	53,8	7	46,7	26	52
Masculino	10	45,5	6	46,2	6	53,3	24	48
Zona de residência								
Rural	22	100	13	100	15	100	50	100
Urbana	—	—	—	—	—	—	—	—
Estado Civil								
Solteiro	2	9,1	1	7,7	1	6,7	4	8
Casado(a)/união de facto	6	27,3	1	7,7	9	60	16	32
Divorciado(a)/Separado(a)	1	4,5	1	7,7	—	—	2	4
Viúvo(a)	13	59,1	10	76,9	5	33,3	28	56
Anos de educação formal								
Analfabetos	6	27,3	4	30,8	4	26,7	14	28
1 - 4	12	54,6	9	69,2	11	73,3	32	64

4 - 9	2	9,1	—	—	—	—	2	4
10 - 12	1	4,5	—	—	—	—	1	2
>12	1	4,5	—	—	—	—	1	2
Finanças no fim do mês								
Não chegam	5	22,7	4	30,8	7	46,7	16	32
Suficientes	17	77,3	7	53,8	8	53,3	32	64
Sobra algum dinheiro	—	—	2	15,4	—	—	2	4
Com quem vive								
Sozinho	—	—	5	38,5	2	13,3	7	14
Em casal	—	—	1	7,7	7	46,7	8	16
Com família alargada	—	—	6	46,2	2	13,3	8	16
Em instituição	22	100	—	—	—	—	22	44
Outra situação	—	—	1	7,7	4	26,7	5	10
Situação Profissional								
Pensionista	2	9,1	3	23,1	1	6,7	6	12
Reformado(a)	20	90,9	10	76,9	14	93,3	44	88

5.5. *Análise dos dados*

O procedimento para a análise dos dados envolveu a estatística descritiva, correlacional e inferencial através do programa SPSS versão 17 (Statistical Package for the Social Sciences).

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

6.1. *Qualidade de Vida Percebida*

De seguida, procede-se apresentação dos dados resultantes do EASYcare, abordando cada uma das áreas de avaliação do instrumento.

6.1.1. Visão, audição e comunicação

Relativamente à “visão, audição e comunicação” os resultados indicam que (tabela 4): 50% do total dos inquiridos referem ver bem e os restantes 50% referem ter dificuldade na visão (nenhum participante refere “não consegue ver nada”). Às maiores dificuldades na visão manifestam-se na resposta social de SAD, em que 60% dos inquiridos referem ter dificuldade na visão; 66% refere que consegue ouvir, esta situação do predomínio do consegue ouvir é comum às 3 respostas sócias, nenhum dos inquiridos refere “não ouve nada”. 98% refere não ter dificuldades de comunicação, apenas 2% refere ter dificuldades com algumas pessoas, representando apenas 4,5% dos inquiridos da resposta social de Lar e nenhum dos participantes refere dificuldades consideráveis. 70% consegue utilizar o telefone sem ajuda, esta resposta predomina nas 3 respostas sociais, 22% refere que necessita de alguma ajuda para a sua utilização e apenas 8% refere não conseguir utilizar o telefone, sendo os inquiridos das resposta social de SAD, os que têm maior predomínio, com 13,3%.

Tabela 4- Visão, audição e comunicação (%)

QUESTÕES	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consegue ver?								
Sim	11	50	8	61,5	6	40	25	50
Com dificuldade	11	50	5	38,5	9	60	25	50
Não consegue ver nada	—	—	—	—	—	—	—	—
Consegue ouvir?								
Sim	14	63,6	10	76,9	9	60	33	66

Com dificuldade	8	36,4	3	23,1	6	40	17	34
Não ouve nada	—	—	—	—	—	—	—	—
Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?								
Não tem dificuldade	21	95,5	13	100	15	100	49	98
Dificuldades com algumas pessoas	1	4,5	—	—	—	—	1	2
Dificuldade considerável	—	—	—	—	—	—	—	—
Consegue utilizar o telefone?								
Sem ajuda	16	72,7	9	69,2	10	66,7	35	70
Com alguma ajuda	5	22,7	3	23,1	3	20	11	22
Não consegue utilizar o telefone	1	4,5	1	7,7	2	13,3	4	8

A principal dificuldade mencionada pelos participantes está relacionada com a visão, sendo esta dificuldade similar nas 3 respostas sociais

6.1.2. Cuidar de si

Quanto aos resultados no domínio “cuidar de si” (tabela 5): 80% dos participantes consegue cuidar da aparência pessoal sem ajuda, o predomínio desta resposta é similar às 3 respostas sociais; 70% vestem-se sem ajuda, 20% conseguem vestir-se, mas com ajuda e 10% não se conseguem vestir, sendo a resposta social de SAD a que manifesta mais dificuldade na execução desta AVD com 13,3% dos inquiridos a necessitar e ajuda e 20% a não conseguir vestir-se; 96% refere conseguir lavar as mãos e cara sem ajuda, apenas 13,3% dos inquiridos da resposta social de SAD referem precisar de ajuda para sua execução; relativamente à utilização da banheira ou do duche 56% referem não necessitar de ajuda, este predomínio apenas é contrariado pela resposta social de LAR, na qual 59,1% referem necessitar de ajuda; na execução de tarefas domésticas, 48% não conseguem executá-las, sendo os utentes da resposta social de lar os que apresentam maior grau de dependência nesta tarefa (50% não conseguem) 30% refere conseguir executá-las sem ajuda, e 22% consegue efectuar, mas com alguma ajuda; quanto à preparação das refeições, 64% refere não conseguir prepará-las, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais, salientando que 86,7% dos inquiridos de SAD manifestam essa incapacidade, 34% consegue prepará-las sem ajuda e apenas 2% conseguem com alguma ajuda, correspondendo a apenas 4,5% dos utentes de Lar; quanto ao alimentar-

se, 90% conseguem alimentar-se sem ajuda, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sociais, 10% com alguma ajuda e nenhum participante refere “não consegue alimentar-se”; relativamente aos problemas com a boca ou dentes, 50% referem não ter problemas, sendo que nas respostas sociais de CD e SAD o predomínio das respostas incide no não ter problemas (61,5% e 53,3%, respectivamente) sendo no Lar que os inquiridos manifestam ter mais problemas com a boca e dentes (59,1%); quanto ao tomar os seus medicamentos, 74% referem que o conseguem fazer sem ajuda, este predomínio é manifesto pelas 3 respostas sociais e 26% com alguma ajuda (nenhum dos participantes refere “não consegue”); 88% referem que nunca tiveram problemas de pele, sendo que apenas 100% dos inquiridos do CD manifestam nunca terem tido problemas de pele; relativamente aos acidentes com a bexiga 80% dos inquiridos referem não ter acidentes, sendo o predomínio desta resposta comum às 3 respostas sociais, 12% referem ter acidentes frequentes, esta resposta só não está presente no utentes de CD, e 8% refere ter acidentes ocasionais, responderam a esta questão apenas 18,2% dos inquiridos da resposta sociais de Lar; quanto aos acidentes com os intestinos 98% refere “não tem acidentes” e apenas 2% refere ter acidentes frequentes, sendo que este último resultado se refere a apenas 6,7% dos utentes da resposta social de SAD (nenhum dos participantes refere “tem acidentes ocasionais”); relativamente ao conseguir utilizar a sanita 84% dos inquiridos refere conseguir sem ajuda, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais, 10% refere conseguir mas com alguma ajuda e apenas 6% refere que não conseguem utilizar a sanita, que representa apenas 20% dos inquiridos do SAD.

Tabela 5 - Cuidar de si (%)

	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consegue cuidar da sua aparência pessoal?								
Sem ajuda	19	86,4	9	69,2	12	80	40	80
Precisa de ajuda	3	13,6	4	30,8	3	20	10	20
Consegue vestir-se?								
Sem ajuda	15	68,2	10	76,9	10	66,7	35	70

Com alguma ajuda	6	27,3	2	15,4	2	13,3	10	20
Não consegue vestir-se	1	4,5	1	7,7	3	20	5	10
Consegue lavar as mãos e a cara?								
Sem ajuda	22	100	13	100	13	86,7	48	96
Precisa de ajuda	—	—	—	—	2	13,3	2	4
Consegue utilizar a banheira ou duche?								
Sem ajuda	9	40,9	9	69,2	10	66,7	28	56
Precisa de ajuda	13	59,1	4	30,8	5	33,3	22	44
Consegue fazer as suas tarefas domésticas?								
Sem ajuda	5	22,7	6	46,2	4	26,7	15	30
Com alguma ajuda	6	27,3	1	7,7	4	26,7	11	22
Não consegue	11	50	6	46,2	7	46,7	24	48
Consegue preparar as suas refeições?								
Sem ajuda	9	40,9	6	46,2	2	13,3	17	34
Com alguma ajuda	1	4,5	—	—	—	—	1	2
Não consegue	12	54,5	7	53,8	13	86,7	32	64
Consegue alimentar-se?								
Sem ajuda	20	90,9	13	100	12	80	45	90
Com alguma ajuda	2	9,1	—	—	3	20	5	10
Não consegue alimentar-se	—	—	—	—	—	—	—	—
Tem algum problema com a sua boca ou dentes?								
Não	9	40,9	8	61,5	8	53,3	25	50
Sim	13	59,1	5	38,5	7	46,7	25	50
Consegue tomar os seus medicamentos?								
Sem ajuda	16	72,7	12	92,3	9	60	32	74
Com alguma ajuda	6	27,3	1	7,7	6	40	13	26
Não consegue	—	—	—	—	—	—	—	—
Já teve problemas com a sua pele?								
Não	18	81,8	13	100	13	86,7	44	88
Sim	4	18,2	—	—	2	13,3	6	12
Tem acidentes com a sua bexiga?								
Não tem acidentes	17	77,3	13	100	10	66,7	40	80
Tem acidentes ocasionais	4	18,2	—	—	—	—	4	8
Acidentes frequentes	1	4,5	—	—	5	33,3	6	12
Tem acidentes com os seus intestinos?								
Não tem acidentes	22	100	13	100	14	93,3	49	98
Tem acidentes ocasionais	—	—	—	—	—	—	—	—
Acidentes frequentes	—	—	—	—	1	6,7	1	2

Consegue utilizar a sanita?							
Sem ajuda	19	86,4	11	84,6	12	80	42 84
Com alguma ajuda	3	13,6	2	15,4	—	—	5 10
Não consegue	—	—	—	—	3	20	3 6

A principal dificuldade e/ou incapacidade relacionada com o auto-cuidado manifestado pelos inquiridos está relacionada com a execução das tarefas domésticas, seguida da preparação das suas refeições, este predomínio é comum às 3 respostas sociais

6.1.3. Mobilidade

Relativamente aos resultados no domínio “mobilidade” (tabela 6): 88% dos inquiridos refere conseguir deslocar-se da cama para a cadeira se um ao lado do outro sem ajuda, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sociais, 6% refere necessitar de ajuda e 6% refere não conseguir, a este último item apenas responderam afirmativamente 20% dos utentes da resposta social de SAD; quando questionados sobre “tem problemas com os pés” 62% dos utentes refere não ter problemas, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais; relativamente à questão consegue deslocar-se dentro de casa 80% dos inquiridos refere conseguir sem ajuda, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais, 12% refere necessitar de ajuda, 6% refere ser acamado, esta resposta representa 20% dos inquiridos de SAD e 2% referem que se deslocam num cadeira de rodas sem ajuda, que corresponde a apenas 7,7% dos inquiridos de CD; quanto ao conseguir subir e descer escadas, 64% dos inquiridos referem não necessitar de ajuda, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais, 26% refere não conseguir subir e descer escadas e apenas 10% refere conseguir com alguma ajuda; quando questionados se “nos últimos 12 meses caiu alguma vez” 70% refere não ter sofrido quedas, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais, 18% refere ter tido 2 ou mais vezes e apenas 12% dos inquiridos refere ter tido apenas 1 queda, respondera, afirmativamente a esta questão apenas utentes das respostas sociais de CD e SAD; relativamente à questão consegue “consegue andar no exterior”, 60% refere conseguir sem ajuda,

o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais, 30% refere necessitar de ajuda e 10% refere não conseguir andar no exterior, sendo que nenhum dos utentes inquiridos do CD respondeu afirmativamente a este item; quanto à questão “consegue ir às compras” 46% dos inquiridos refere que não consegue, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais, 32% refere que conseguem ir às compras sem ajuda, sendo os utentes do CD (38,5%) os que manifestam maior independência na execução desta actividade e 22% dos inquiridos refere que consegue ir às compras com alguma ajuda; relativamente à dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos 60% dos inquiridos refere conseguir deslocar-se aos serviços públicos embora com alguma ajuda, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sociais, 30% refere não ter dificuldade e apenas 10% refere não conseguir deslocar-se até aos serviços públicos, responderam a este item apenas utentes do Lar e SAD.

Tabela 6- Mobilidade (%)

	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consegue deslocar-se da cama para a cadeira se um ao lado do outro?								
Sem ajuda	21	95,5	12	92,3	11	73,3	44	88
Com alguma ajuda	1	4,5	1	7,7	1	6,7	3	6
Não consegue	—	—	—	—	3	20	3	6
Tem problemas com os pés?								
Não	11	50	11	84,6	9	60	31	62
Sim	11	50	2	15,4	6	40	19	38
Consegue deslocar-se dentro de casa?								
Sem ajuda	18	81,8	11	84,6	11	73,3	40	80
Numa cadeira de rodas sem ajuda	—	—	1	7,7	—	—	1	2
Com alguma ajuda	4	18,2	1	7,7	1	6,7	6	12
Acamado	—	—	—	—	3	20	3	6
Consegue subir e descer escadas?								
Sem ajuda	11	50	11	84,6	10	66,7	32	64
Com alguma ajuda	3	13,6	1	7,7	1	6,7	5	10
Não consegue subir e descer escadas	8	36,4	1	7,7	4	26,7	13	26
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?								

Não	19	86,4	10	76,9	6	40	35	70
Uma vez	—	—	2	15,4	4	26,7	6	12
Duas ou mais vezes	3	13,6	1	7,7	5	33,3	9	18
Consegue andar no exterior?								
Sem ajuda	11	50	11	84,6	8	53,3	30	60
Com alguma ajuda	9	40,9	2	15,5	4	26,7	15	30
Não consegue andar no exterior	2	9,1	—	—	3	20	5	10
Consegue ir às compras?								
Sem ajuda	7	31,8	5	38,5	4	26,7	16	32
Com alguma ajuda	7	31,8	2	15,4	2	13,3	11	22
Não consegue	8	36,4	6	46,2	6	60	23	46
Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos?								
Não tem dificuldade	4	18,2	6	46,2	5	33,3	15	30
Com alguma ajuda	17	77,3	7	53,8	6	40	30	60
Não consegue	1	4,5	—	—	4	26,7	5	10

No domínio da mobilidade os inquiridos manifestam maior dificuldade e/ou incapacidade relativamente à actividade “tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos”, seguido de “consegue ir às compras”, o predomínio destas respostas é comum às 3 respostas sociais.

6.1.4. Segurança

Relativamente à área da “Segurança” os resultados indicam que (tabela 7): quanto a sentir-se seguro dentro de casa, 86% refere sentir-se seguro, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais; quanto à segurança fora de casa 72% dos inquiridos refere sentir-se seguro, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais; quanto à questão “já alguma vez se sentiu ameaçado ou assediado por alguém” 96% dos inquiridos respondeu não, sendo a resposta social de SAD a única cuja totalidade dos utentes (100%) deu esta resposta; quanto ao sentir-se discriminado por alguma razão 94% dos inquiridos refere que não, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sociais, sendo a resposta social de CD a única cuja totalidade dos utentes (100%) deu esta resposta; quanto à questão “tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência” 94% dos utentes refere que sim, sendo a resposta social de Lar a única cuja totalidade dos utentes (100%) deu esta resposta.

Tabela 7 - Segurança (%)

	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sente-se seguro dentro de casa?								
Sim	20	90,9	12	92,3	11	73,3	43	86
Não	2	9,1	1	7,7	4	26,7	7	14
Sente-se seguro fora de casa?								
Sim	15	68,2	10	76,9	11	73,3	36	72
Não	7	31,8	3	23,1	4	26,7	14	28
Já alguma vez se sentiu ameaçado ou assediado por alguém?								
Não	21	95,5	12	92,3	15	100	48	96
Sim	1	4,5	1	7,7	—	—	2	4
Sente-se discriminado por alguma razão?								
Não	20	90,9	13	100	14	93,3	47	94
Sim	2	9,1	—	—	1	6,7	3	6
Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?								
Sim	22	100	12	92,3	13	86,7	47	94
Não	—	—	1	7,7	2	13,3	3	6

Neste domínio, verifica-se que as 3 respostas sociais manifestam maior insegurança relativamente ao item da segurança fora de casa.

6.1.5. Local de Residência e Finanças

Relativamente aos resultados no domínio “local de residência e finanças” (tabela 8): 96% dos inquiridos refere estar satisfeito com a sua residência, sendo o predomínio desta resposta comum às 3 respostas sociais, sendo a resposta social de CD a única cuja totalidade dos utentes (100%) deu esta resposta; relativamente à questão “consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros” 54% dos inquiridos refere que sim, o predomínio desta resposta só é contrariada pela resposta dos utentes de SAD (53,3% refere que não); quanto à obtenção de aconselhamento sobre subsídios ou benefícios, 70% dos inquiridos refere que não, o predomínio desta resposta é comum às 3 respostas sócias.

Tabela 8 - Local de residência e finanças (%)

	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
De uma forma geral está satisfeito com a sua residência?								
Sim	21	95,5	13	100	14	93,3	48	96
Não	1	4,5	—	—	1	6,7	2	4
Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?								
Sim	13	59,1	7	53,8	7	46,7	27	54
Não	9	40,9	6	46,2	8	53,3	23	46
Gostaria de obter aconselhamento sobre subsídios ou benefícios								
Não	15	68,2	10	76,9	10	66,7	35	70
Sim	7	31,8	3	23,1	5	33,3	15	30

Neste domínio, verifica-se que as 3 respostas sociais manifestam maior satisfação relativamente ao item da residência.

6.1.6. Manter-se Saudável

Quanto aos resultados no domínio “manter-se saudável” (tabela 9): relativamente à questão “faz exercício regularmente” 56% refere que não, esta resposta é consolidada pela resposta dos utentes de SAD (80% refere não), relativamente às outras 2 respostas sociais Lar e CD, o predomínio da resposta é sim (54,5% e 53,8%, respectivamente); quanto à falta de ar durante as actividades normais 74% dos inquiridos refere que não, este predomínio é comum às 3 respostas sociais; quanto a “fuma tabaco”, 98% dos inquiridos refere que não, sendo que na resposta social de CD e SAD a totalidade dos utentes (100%) deram esta resposta; relativamente à questão “acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas” 100% dos inquiridos afirma que não; quanto à avaliação da tensão arterial, 92% dos inquiridos refere que foi avaliada recentemente, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sociais, sendo a resposta social de Lar a única cuja totalidade dos utentes (100%) deu esta resposta; relativamente à preocupação com o peso 72% dos inquiridos refere que não tem preocupações com o peso, este predomínio é comum às 3 respostas sociais, 16% refere ter preocupação com o excesso de peso, não tendo sido obtidas respostas relativamente a este item por parte dos utentes de CD e 12% refere ter

preocupação com perda de peso; relativamente à vacinação 90% refere ter as vacinas em dia, este predomínio é comum às 3 respostas sócias, sendo a resposta social de Lar a única cuja totalidade dos utentes (100%) deu esta resposta, 6% refere que não sabe e apenas 4% refere que não, apenas responderam a este item utentes do CD (15,4%); relativamente aos exames de rastreio de cancro 74% refere ter os exames em dia, este predomínio é comum às 3 respostas sociais, sendo a resposta social de Lar a única cuja totalidade dos utentes (100%) deu esta resposta, 22% respondeu que não e apenas 4% respondeu que não sabe, apenas respondeu a este item utentes de SAD (13,3%)

Tabela 9- Manter-se saudável (%)

	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faz exercício regularmente?								
Sim	12	54,5	7	53,8	3	20	22	44
Não	10	45,5	6	46,2	12	80	28	56
Fica com falta de ar durante as actividades normais?								
Não	16	72,7	11	84,6	10	66,7	37	74
Sim	6	27,3	2	15,4	5	33,3	13	26
Fuma tabaco?								
Não	21	95,5	13	100	15	100	49	98
Sim	1	4,5	—	—	—	—	1	2
Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?								
Não	22	100	13	100	15	100	50	100
Sim	—	—	—	—	—	—	—	—
A sua tensão arterial foi verificada recentemente?								
Sim	22	100	12	92,3	12	80	46	92
Não	—	—	1	7,7	3	20	4	8
Tem alguma preocupação com o seu peso?								
Não tem preocupações	14	63,6	11	84,6	11	73,3	36	72
Com perda de peso	2	9,1	2	15,4	2	13,3	6	12
Com excesso de peso	6	27,3	—	—	2	13,3	8	16
Tem as suas vacinas em dia?								
Não	—	—	2	15,4	—	—	2	4
Não sabe	—	—	1	7,7	2	13,3	3	6

Sim	22	100	10	76,9	13	86,7	45	90
Tem em dia os exames de rastreio de cancro?								
Não	—	—	6	46,2	5	33,3	11	22
Não sabe	—	—	—	—	2	13,3	2	4
Sim	22	100	7	53,8	8	53,3	37	74

Neste domínio, verifica-se que as 3 respostas sociais apresentam unanimidade de resposta relativamente ao item “acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas” no qual 100% dos inquiridos refere que não.

6.1.7. Saúde mental e bem-estar

Relativamente aos resultados no domínio “saúde mental e bem-estar” (tabela 10): 58% refere que consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades importantes para si, a resposta social que assume maior destaque para esta resposta é o CD (92,3%); quanto à caracterização da sua saúde 70% dos inquiridos refere que a sua saúde é razoável, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sociais, 16% refere que a sua saúde é boa (não se obteve resposta a este nível por parte de utentes do SAD), 14 % refere ter uma saúde fraca (não se obteve resposta a este nível por parte de utentes do CD), nenhum dos inquiridos refere ter uma saúde excelente ou muito boa; relativamente à questão “sente-se sozinho” 46% dos inquiridos refere que nunca se sente sozinho, este predomínio de resposta é comum às respostas sociais de Lar e SAD, 36% refere que por vezes se sente sozinho e 18% refere que se sente sozinho muitas vezes; quanto à questão “recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo” 66% refere que sim, este predomínio é comum às respostas sociais de CD e SAD; relativamente aos problemas em dormir 60% refere que não, este predomínio de resposta apenas é contrariado pela resposta social de CD (53,8% refere que sim); na questão “no mês passado teve dores corporais” 36% refere que não, 40% refere que teve dores suaves, 20% refere ter tido dores moderadas, 2% refere ter dores muito suaves (resposta apenas com representatividade da resposta social de Lar com 4,5%) e 2% refere ter tido dores muito forte (resposta apenas com representatividade da resposta social de SAD com 6,7%); relativamente à questão “no último mês sentiu-se incomodado por

estar em baixo, deprimido ou desesperado” 68% dos inquiridos refere que sim, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sociais; 66% dos inquiridos refere que durante o último mês não se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sociais; 56% dos inquiridos refere não ter preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimento, este predomínio de resposta apenas é contrariado pela resposta social de SAD (53,3% refere que sim).

Tabela 10 - Saúde mental e bem-estar (%)

	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?								
Sim	11	50	12	92,3	6	40	29	58
Não	11	50	1	7,7	9	60	21	42
De uma forma geral diria que a sua saúde é:								
Excelente	—	—	—	—	—	—	—	—
Muito boa	—	—	—	—	—	—	—	—
Boa	4	18,2	4	30,8	—	—	8	16
Razoável	14	63,6	9	69,2	12	80	35	70
Fraca	4	18,2	—	—	3	20	7	14
Sente-se sozinho?								
Nunca	9	40,9	5	38,5	9	60	23	46
Por vezes	8	36,4	5	38,5	5	33,3	18	36
Muitas vezes	5	22,7	3	23,1	1	6,7	9	18
Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?								
Não	11	50	4	30,8	2	13,3	17	34
Sim	11	50	9	69,2	13	86,7	33	66
O mês passado teve alguns problemas em dormir?								
Não	16	72,7	6	46,2	6	53,3	30	60
Sim	6	27,3	7	53,8	7	46,7	20	40
No mês passado teve dores corporais?								
Não	8	36,4	5	38,5	5	33,3	18	36
Muito suaves	1	4,5	—	—	—	—	1	2
Suaves	8	36,4	7	53,8	5	33,3	20	40
Moderadas	5	22,7	1	7,7	4	26,7	10	20
Fortes	—	—	—	—	1	6,7	1	2

No último mês sentiu-se incomodado por estar em baixo, deprimido ou desesperado?								
Não	10	45,5	5	38,5	1	6,7	16	32
Sim	12	54,5	8	61,5	14	93,3	34	68
No último mês sentiu-se incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?								
Não	16	72,7	9	69,2	8	53,3	33	66
Sim	6	27,3	4	30,8	7	46,7	17	34
Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimento?								
Não	13	59,1	8	61,5	7	46,7	28	56
Sim	9	40,9	5	38,5	8	53,3	22	44

Relativamente a este domínio, verifica-se que as 3 respostas sociais apresentam maior incidência de respostas no item da saúde sendo que a maior parte dos inquiridos considera ter uma saúde razoável, no item “no último mês sentiu-se incomodado por estar em baixo, deprimido ou desesperado”.

6.1.8. Administração de medicação

Relativamente aos resultados no domínio “administração de medicação” (tabela 11): 78% dos inquiridos refere precisar de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sócias; quanto à questão “toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico” 98% refere que sim, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sócias, sendo que na resposta social de CD e SAD a totalidade dos utentes (100%) deram esta resposta; 84% dos inquiridos refere que consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sociais; relativamente à questão “pensa que alguns dos medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente” 98% refere que não, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sociais, sendo que na resposta social de CD e SAD a totalidade dos utentes (100%) deram esta resposta.

Tabela 11 - Administração de medicação (%)

	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?								
Sim	20	90,9	8	61,5	11	73,3	39	78
Não	2	9,1	5	38,5	4	26,7	11	22
Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?								
Sim	21	95,5	13	100	15	100	49	98
Não	1	4,5	—	—	—	—	1	2
Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?								
Sim	19	86,4	12	92,3	11	73,3	42	84
Não	3	13,6	1	7,7	4	26,7	8	16
Pensa que alguns dos medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?								
Sim	1	4,5	—	—	—	—	1	2
Não	22	95,5	13	100	15	100	49	98

Relativamente a este domínio, verifica-se que as 3 respostas sociais apresentam maior incidência de respostas no item “toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico” no qual 98% refere que sim e no item “pensa que alguns dos medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente” 98% refere que não.

6.1.9. Avaliação do risco de quedas

De acordo com o instrumento de recolha de dados Easycare, a resposta afirmativa a 3 ou mais dos seguintes itens indicam um elevado risco de queda:

- Uma ou mais quedas no ano passado;
- Tem dificuldade em ver;
- Tem pouca estabilidade em pé;
- Está limitado ao domicílio;
- Dificuldade em deslocar-se;
- Problemas com os pés;
- Falta de segurança no domicílio;
- Ingestão excessiva de álcool.

Deste modo, diferenciou-se os inquiridos que pelas suas respostas obtiveram valores ≤ 2 , como sem risco de queda ou baixo risco e resultados ≥ 3 como tendo elevado risco de queda.

Relativamente aos resultados no domínio “avaliação do risco de quedas” (tabela 12): 64% dos inquiridos apresentam-se como sem riscos de queda ou baixo risco de queda, este predomínio de resposta apenas é contrariado pela resposta social de SAD (53,3% apresenta elevado risco de queda)

Tabela 12 - Avaliação do risco de queda (%)

	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Risco de queda								
Sem risco de queda ou baixo risco (≤ 2)	13	59,1	12	92,4	7	46,7	32	64
Com elevado risco de queda (≥ 3)	9	40,9	1	7,6	8	53,3	18	36

6.1.10. Percepção de Qualidade de Vida: resultados globais Easycare por resposta social

Em cada domínio do Easycare as pontuações mais elevadas traduzem uma maior incapacidade ou pior percepção de QV.

Considerando as amplitudes teóricas, o domínio “Local de Residência e Finanças”, com uma amplitude teórica máxima igual á amplitude máxima observada (5), (média total =1,88 e DP= 2,03; sendo a resposta social de SAD a que apresenta valores mais elevados com média =2,20 e DP= 2,14). O domínio de “avaliação do risco de quedas” bastante problemático com uma amplitude observada máxima de 7, para uma amplitude teórica máxima de 8, (média total = 2 e DP=1,76; sendo a resposta social com valores mais elevados a de SAD com média=2,67 e DP=1,95) evidenciando que os idosos inquiridos têm um elevado risco de queda. Também com um factor crítico surge o domínio “administração de

medicamentos” com uma amplitude máxima observada de 3, numa amplitude máxima de 4, (média total = 0,98 e DP=0,68; sendo a resposta social com valores mais elevados a de Lar com média=1,14 e DP=0,64) sugerindo que estes idosos executam esta actividade com dificuldade. Também no domínio da “mobilidade” percebe-se que os idosos inquiridos manifestam uma dificuldade considerável, por vezes até algum grau de incapacidade, apresentando uma amplitude máxima observada de 35, para uma amplitude teórica máxima de 37 (média total = 9,66 e DP=9,66; sendo a resposta social com valores mais elevados a de SAD com média=13,07 e DP=12,79).

De realçar que o domínio da Saúde Mental e bem-estar, apesar de não apresentar uma amplitude observada máxima muito elevada, é o único domínio cujo mínimo de amplitude observada (4) é acima da amplitude teórica mínima (2), o que evidencia que um número considerável de idosos se encontra deprimido, triste e só (média total = 9,48 e DP=2,71; sendo a resposta social com valores mais elevados a de SAD com média=10,40 e DP=2,50).

Da análise da tabela 13 em que se compara os resultados das respostas sociais com o EASYcare utilizando o teste kruskal-wallis, verificam-se diferenças estatísticas significativas no domínio “manter-se saudável” (destacando-se com menor QV percebida neste domínio na resposta social de SAD com média = 1,33 e DP =0,62).

Tabela 13 - Resultados Globais Easycare por resposta Social

DOMÍNIO	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50		Amplitude Teórica	Amplitude Observada	TESTE KRUSKAL- WALLIS	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP			χ^2	p
Visão, audição e comunicação	1,50	1,41	1,31	1,55	1,80	1,26	1,54	1,39	0 - 12	0 - 5	1,27	0,53
Cuidar de si	13,27	8,96	9,54	10,97	17,40	15,04	13,54	11,72	0 - 62	0 - 53	2,71	0,26
Mobilidade	9,59	7,75	5,84	7,39	13,07	12,79	9,66	9,66	0 - 37	0 - 35	4,12	0,13
Segurança	0,55	0,86	0,46	0,88	0,73	1,03	0,59	0,91	0 - 5	0 - 3	0,50	0,78
Local de Residência e Finanças	1,68	1,98	1,85	2,08	2,20	2,14	1,88	2,03	0 - 5	0 - 5	0,60	0,74
Manter-se saudável	0,77	0,61	0,69	0,85	1,33	0,62	0,92	0,72	0 - 5	0 - 2	7,17	0,03*

Saúde Mental e bem-estar	9,27	2,88	8,77	2,55	10,40	2,50	9,48	2,71	2 - 18	4 - 15	2,49	0,29
Administração de medicação	1,14	0,64	0,69	0,63	1,00	0,76	0,98	0,68	0 - 4	0 - 3	3,42	0,18
Avaliação do risco de quedas	2,05	1,70	1,15	1,35	2,67	1,95	2,00	1,76	0 - 8	0 - 7	5,17	0,08
Risco de ruptura no cuidado	4,27	2,07	3,77	2,39	5,67	1,91	4,56	2,21	0 - 12	0 - 9	5,11	0,08
Pontuação de independência	23,64	16,69	17,08	18,44	30,67	28,33	24,04	21,41	0 - 100	0 - 92	2,62	0,27
Total EASYcare	67,73	39,81	51,15	40,71	86,93	62,71	69,18	48,91	2 - 268	8 - 216		

*Significativo para $p < 0,05$ **significativo para $p < 0,01$

6.1.11. Correlações de Rho de spearman: Idade, anos de educação e EASYcare total

Utilizando o coeficiente de correlação de Spearman para calcular a correlação entre a idade, anos de escolaridade formal e o score global do EASYcare, observou-se: correlação negativa significativa entre o score global do EASYcare e anos de escolaridade formal (tabela 14). Ou seja, quanto menos anos de escolaridade menor é a QV percebida.

Tabela 14 - Idade, anos de educação e EASYcare global (correlações de Rho de spearman)

RHO DE SPEARMAN TOTAL n=50		
Variáveis	EASYcare Global	
	Correlação	p
Idade	0,256	0,073
Anos de educação formal	-0,429	0,002**

*Significativo para $p < 0,05$ **significativo para $p < 0,01$

6.1.12. Teste de Kruskal-wallis: Easycare Global e estado civil

Utilizando o teste kruskal-wallis para relacionar o estado civil com o EASYcare Global não se observam diferenças significativas entre a QV percebida e os diferentes estados civis.

Tabela 15 - Teste de Kruskal-wallis: Easycare Global e estado civil

Kruskal-wallis TOTAL n=50	n	Média	DP	X2	p
Easycare Global					
Solteiro	4	23,75	12,47	7,144	0,067
Casado(a)/União de facto	16	66,31	48,56		
Divorciado(a)/Separado(a)	2	47,00	39,60		
Viúvo(a)	28	78,89	50,11		

*Significativo para $p < 0,05$ **significativo para $p < 0,01$

6.2. *Patologias Clínicas*

A identificação das patologias clínicas foi efectuada através da aplicação do questionário, de ressaltar que alguns dos idosos apresentam simultaneamente mais do que uma patologia.

Relativamente à “identificação de Patologias clínicas” (tabela 14), destacam-se as 5 patologias mais frequentes na amostra: 70% dos inquiridos refere ter como antecedente clínico hipertensão arterial, sendo mais frequente nos utentes da resposta social Lar (72,7%); 46% refere ter como antecedente clínico a patologia osteoarticular, apresentando maior frequência nos utentes da resposta social CD (69,2%); 46% dos inquiridos refere ter como antecedente clínico dislipidemia, sendo mais frequente nos utentes de Lar (50%); 36% dos inquiridos refere ter como antecedente clínico patologia cardíaca, mais frequente nos utentes da resposta social SAD (40%); 34% dos inquiridos refere ter como antecedente clínico Diabetes Mellitus, mais frequente nos utentes da resposta social CD (38,5%).

Da análise da tabela 16 em que se compara os resultados das patologias com as respostas sócias utilizando o teste kruskal-wallis, verificam-se diferenças estatísticas significativas nas patologias: “osteoporose” e “patologia osteoarticular”.

Tabela 16 - Identificação de Patologias Clínicas (%)

	LAR n=22		CD n=13		SAD n=15		TOTAL n=50		TESTE KRUSKAL-WALLIS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	p
PATOLOGIAS										
Acidente Isquémico Transitório	2	9,1	1	7,7	1	6,7	4	8	0,28	0,871
Acidente Vascular Cerebral	2	9,1	1	7,7	2	13,3	5	10	0,07	0,965
Artrite Reumatóide	1	4,5	—	—	1	6,7	2	4	0,82	0,664
Cifoescoliose	1	4,5	—	—	—	—	1	2	1,27	0,529
Diabetes Mellitus	8	36,4	5	38,5	4	26,7	17	34	0,52	0,771
Dislipidemia	11	50	6	46,2	6	40	23	46	0,35	0,839
Doença de Parkinson	2	9,1	—	—	1	6,7	3	6	1,19	0,552
Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva	4	18,2	4	30,8	3	20	11	22	0,79	0,674
Glaucoma	—	—	—	—	1	6,7	1	2	2,33	0,311
Hiperuricémia (gota)	2	9,1	—	—	—	—	2	4	2,60	0,273
Hipertrofia Benigna Prostática	5	22,7	3	23,1	4	26,7	12	24	0,08	0,960
Hipoacusia	3	13,6	2	15,4	4	26,7	9	18	1,09	0,581
Hipertensão Arterial	16	72,7	9	69,2	10	66,7	35	70	0,16	0,924
Incontinência Urinária	—	—	—	—	2	13,3	2	4	4,77	0,092
Insuficiência Venosa Periférica	4	18,2	2	15,4	4	26,7	10	20	0,62	0,733
Neoplasia	4	18,2	—	—	—	—	4	8	5,42	0,066
Osteopenia	3	13,6	—	—	—	—	3	6	3,98	0,137
Osteoporose	8	36,4	—	—	3	20	11	22	6,22	0,045*
Patologia Cardíaca	8	36,4	4	30,8	6	40	18	36	0,26	0,880
Patologia Osteoarticular	5	22,7	9	69,2	9	60	23	46	8,63	0,013*
Outras	13	59,1	6	46,2	7	46,7	26	52	0,29	0,866

*Significativo para $p < 0,05$ **significativo para $p < 0,01$

A resposta “outras patologias” compreende as seguintes patologias: síndrome depressiva, patologia respiratória não específica, bócio, epilepsia, úlcera gástrica, psicose, insuficiência renal crónica, pancitopenia, síndrome ventilatório restritivo, bronquiectasias, neurinoma do acústico e doenças hepática.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1. *Perfil da amostra: idosos das respostas sociais de Lar, CD e SAD do CSPSPM*

No início do estudo (Dezembro 2009) constatou-se que a instituição abrangia um total de 101 utentes, tendo 89 (88,11%) idade superior a 64 anos. Verificou-se ainda que 29 (32,6%) não possuem capacidade para se expressar e/ou orientação espaço-temporal: (Lar: 8 pessoas, 5 do sexo feminino; CD: 8 pessoas, 4 do sexo masculino; SAD: 13 pessoas, 10 do sexo feminino); 10 (11,2%) não acedem à participação no estudo (CD: 6 pessoas, 3 do sexo masculino; SAD: 4 pessoas, 3 do sexo feminino).

Então a amostra deste estudo envolve 50 idosos (56,2% do total de utentes com mais de 64 anos), 52% do sexo feminino. Relativamente às respostas sociais existentes no CSPSPM, verifica-se que 44% dos inquiridos são utentes do lar, 30% de SAD e 26% de CD.

A amostra é constituída por mais idosos do sexo feminino, o que é consistente com dados nacionais (INE, 2009), que evidenciam que em Portugal no ano 2009 existiam 1 107 741 mulheres com idade ≥ 65 anos e 793 412 homens com idade ≥ 65 anos. Neri (2007) considera que a QV na velhice e feminização da velhice são fenómenos que têm chamado a atenção de demógrafos, geriatras e gerontólogos sociais a nível mundial. Referindo ainda que, estudos epidemiológicos mostram que a maior longevidade das mulheres idosas envolve mais riscos do que vantagens, na medida em que a mulher é física e socialmente mais frágil do que o homem, a feminização da velhice é vista principalmente como um problema médico-social.

A totalidade da amostra reside em zona rural, o que se justifica pela localização da instituição, isto é, vila de Maceda e áreas limítrofes. Relativamente ao envelhecimento em meio rural Paúl e Fonseca (2005) referem que em Portugal estas comunidades enfrentam fortes desvantagens, nomeadamente nas áreas da saúde, habitação, rendimento e acesso a serviços. O fenómeno de migração do mundo rural para as zonas mais urbanas afastou as gerações mais novas em

busca de melhores condições de vida, condicionando a população idosa a um maior isolamento e precariedade, ficando sem uma retaguarda familiar capaz de assumir um papel de cuidador informal. Assim sendo, neste tipo de contexto os idosos permanecem entregues a si próprios e/ou cônjuges ou institucionalizados.

A média de idade dos participantes é de 79,88 anos, variando entre os 65 e 98 anos, sendo a faixa etária entre os 75 -84 anos que apresenta mais participantes (56%). Estes resultados estão em consonância com os dados nacionais que indicam que o grupo etário com 65 e mais anos é constituído por 1 647 000 pessoas, representando cerca de 16,5% da população total. Destes, o grupo etário com 75 e mais anos é constituído por 690 125 pessoas, representando 41,9% da população idosa (INE, 2003). Ao nível da institucionalização Gonçalves (2003), tendo por base os Censos de 2001 comparativamente aos de 1991, refere um aumento bastante significativo da população mais idosa institucionalizada, entre duas a três vezes mais, no grupo dos 85-89 anos e 90 ou mais anos. O que nos indica que, na institucionalização, estamos perante uma população idosa cada vez mais envelhecida.

Imaginário (2002) considera que a ausência de uma rede de apoio familiar tem-se mostrado como um factor preditivo na institucionalização do idoso. No entanto, a maior parte dos idosos manifestam o desejo de serem cuidados no seu domínio, isto porque a casa é cenário de relações afectivas, trocas sociais, reflecte um passado, constituindo um símbolo da dinâmica familiar. Sendo este um dos factores determinantes para que a institucionalização se efectue em pessoas com uma idade mais avançada, já com maior dependência.

Atendendo aos dados obtidos através do Inquérito ao emprego de 2001 (in INE, 2002), foram determinados os níveis de instrução da população Portuguesa com base nas categorias da Internacional Standard Classification of Education (ISCED) utilizada pelas Nações Unidas:

- **Nível 0:** educação pré-primária;
- **Nível 1:** educação primária;
- **Nível 2:** Ensino secundário inferior;

- **Nível 3:** Ensino secundário;
- **Nível 4:** Ensino pós-secundário não superior;
- **Nível 5:** primeiro estágio do ensino superior não conducente a uma qualificação avançada na área da investigação (bacharelato, licenciatura, mestrado)
- **Nível 6:** formação superior avançada conducente a uma qualificação na área da investigação (doutoramento).

Nesse inquérito verificou-se que mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinham qualquer nível de instrução (nível 0 do ISCED). Esta proporção é superior no caso das mulheres (64,7% contra 41,3% dos homens). Enquanto os níveis 2 a 6 do ISCED somam apenas 7,9% da população idosa, correspondendo a 3,4% os que detinham o nível 2 e 2,4% os que detinham os níveis 5 e 6. Estes dados nacionais correspondem aos obtidos na nossa amostra, que evidencia uma média de escolaridade formal de 2,84 anos (muito próximo da 3ª classe, que face à faixa etária dos participante, constituía a escolaridade obrigatória em Portugal nessa época). Varia entre indivíduos que apresentam 0 anos de escolaridade (28% nunca frequentaram a escola e são analfabetos) e indivíduos que têm 16 anos de escolaridade (2% que equivale a uma pessoa licenciada). Verificou-se também uma correlação negativa significativa entre os anos de formação formal e o EASYcare gloral, que nos indica que na amostra quanto menor for o nível de escolaridade mais elevado é o score do EASYcare, ou seja apresentam uma menor QV percebida. Esta correlação vai ao encontro dos determinantes do EA relacionados ao meio social que nos indicam que uma baixa escolaridade está associada a um aumento dos riscos para deficiências e morte entre idosos, assim como para o desemprego. A educação precoce associada a oportunidades de aprendizagem ao longo da vida pode ajudar as pessoas a manterem a confiança e as habilidades que necessitam para se adaptarem ao processo de envelhecimento (WHO, 2002).

Quanto à situação profissional prevalecem os idosos reformados (88%), nas 3 respostas sociais.

Quanto aos rendimentos, 64% dos idosos refere que são suficientes, 32% que não chegam para as necessidades e 4% refere que sobra algum dinheiro. Estes dados são os esperados entre a população idosa (Squire, 2005), pois a maioria dos idosos vive com um rendimento reduzido (neste caso há 44 (88%) reformados e 6 (12%) pensionistas), estando a sua subsistência dependente do valor das reformas. Como se trata de uma população rural (actividade profissional maioritariamente associada à agricultura) os valores das reformas são tendencialmente baixos. A literatura indica o agravamento das privações nos idosos que vivem sozinhos (nesta amostra 7 (14%) vivem sozinhos), pois tendo como único rendimento a reforma, estima-se que gastem mais de metade do seu rendimento na aquisição de comida e despesas domésticas (Squire, 2005). O baixo rendimento pode acarretar repercussões em termos de saúde, estilo de vida e contactos sociais do idoso. Os poucos rendimentos poderão levar o idoso a ter estilos e hábitos de vida menos saudáveis, dificuldades na aquisição de medicação necessário para o controle de patologias, com repercussões e danos de saúde por vezes irreversíveis. As repercussões sociais são fruto da perda do estatuto do indivíduo no local de trabalho e da redução de rendimento resultantes da reforma, que podem levar a perda de motivação, auto-confiança, deixando de ter vontade de desenvolver novos interesses ou manter velhas amizades. Esta opinião é também manifestada por Sousa (1993, cit in Imaginário, 2002) que realizou um estudo que lhe permitiu verificar uma baixa autonomia, não só pelo elevado grau de incapacidade física e/ou psíquica mas também pelas limitações económicas, dificuldades familiares e escassez de apoios sociais.

Motta (2004, cit in Tôrres, 2006) refere que a viuvez é uma condição comum na sociedade, caracterizado pela perda do companheiro de vida. A situação de viuvez é uma situação especial, não programada, que provoca modificações na vida das pessoas. Representa uma alteração no equilíbrio das relações familiares, sociais, económicas, culturais, forçando o indivíduo a estabelecer novos arranjos sociais; obrigando o indivíduo a enfrentar uma transição de identidade, de um novo papel social; de uma mulher ou de um homem só.

Neste contexto, Papaléo (1996 cit in Tôrres, 2006) salienta que a viuvez pode influenciar a saúde dos idosos, pois após enviuvar os idosos procuram apoio

médico, podendo ocorrer o internamento em instituições hospitalares ou de apoio à terceira idade, assim como o aumento do índice de mortalidade por doenças. Esta opinião é também defendida por Almeida e Rodrigues (2008) que considera que a viuvez e a solidão constituem causas prováveis/comuns para a institucionalização. Os resultados indicam que a viuvez traduz o estado civil mais frequente entre os utentes inquiridos nas 3 respostas sociais (56%).

Estes dados estão em consonância com os dados nacionais obtidos através dos Censos de 2001, face aos quais Gonçalves (2003) refere que a maior parte da população idosa nas instituições de apoio social era viúva (59,6%), numa proporção de 65,3% de mulheres com 65 ou mais anos e 46,6% de homens. Este peso relativo aumenta proporcionalmente à idade, sendo de 69,9% na população entre os 85 e os 89 anos e 74,5% da população com 90 ou mais anos.

Quanto ao contacto durante a última semana com familiares/pessoas próximas (pessoalmente ou via telefónica), verifica-se uma média de 4,72 contactos, variando entre os idosos que não tiveram nenhum contacto e os que mantêm contacto diário. A importância da manutenção destes contactos com pessoas significativas é salientada por Silva (2009) que enfatiza a necessidade da família construir espaços de diálogo entre os membros pertencentes, criando redes de acolhimento dentro do seu sistema. Esses pontos são importantes no processo de envelhecimento, pois produzirão sentidos que são legitimados por meio das conversações dentro da família e na sociedade como um todo. No entanto, Squire (2005) refere que os idosos podem ter contactos sociais com grande número de familiares ou amigos, mas não há qualquer indicação acerca da qualidade desses contactos e dos benefícios da interacção. Pelo que não se deve sobrevalorizar a periodicidade desses contactos, mas sim a sua qualidade e os benefícios que deles possam advir.

A média de vínculo à instituição é de 48,38 meses (cerca de 4 anos), variando entre os 2 meses e os 203 meses (cerca de 17 anos). A média de permanência na resposta social actual é de 47,72 meses (variando também entre os 2 meses e os 203 meses de vínculo); ou seja, a troca entre valências parece ser diminuta, permanecendo associados à instituição por longos períodos de tempo. Estes são corroborados por Gonçalves (2003) que refere que Da análise da residência

anterior (com referência a 31 de Dezembro de 1995) pode verificar-se que a maior parte das pessoas idosas a residir em famílias institucionais registou uma fraca mobilidade residencial.

A saúde e a doença são influenciadas por factores sociais e ambientais (Carvalho e Carvalho, 2006). De acordo com INE (2003 – estatísticas de saúde 2001), em Portugal as principais causas de morte são: doenças do aparelho circulatório e tumores malignos (ambas muito relacionadas com o estilo de vida). Também se salienta como causa de mortalidade a diabetes mellitus e as doenças do aparelho respiratório. Corroborando, Capelo (2001, cit in Imaginário, 2002) acresce que as doenças crónicas que mais acometem a população idosa são a diabetes mellitus, as cardiopatias, os problemas osteoarticulares, estas duas com igual frequência, seguidas da hipertensão arterial, entre outros. Ambos os dados vão ao encontro dos resultados obtidos na amostra, pois quando questionados relativamente à “identificação de patologias clínicas” destacam-se as 5 patologias na amostra: 70% dos inquiridos refere ter como antecedente clínico hipertensão arterial, sendo mais frequente nos utentes da resposta social Lar (72,7%); 46% refere a patologia osteoarticular, apresentando maior frequência nos utentes da resposta social CD (69,2%); 46% dos inquiridos refere dislipidemia, sendo mais frequente nos utentes de Lar (50%); 36% dos inquiridos refere ter como antecedente clínico patologia cardíaca, mais frequente nos utentes da resposta social SAD (40%); 34% dos inquiridos refere Diabetes Mellitus, mais frequente nos utentes da resposta social CD (38,5%). Estes resultados tornam-se preocupantes, pois em Portugal, em termos de morbilidade, a elevada prevalência de determinadas patologias na população idosa determina que um terço dos internamentos seja devido a reumatismo, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crónicas, diabetes e doenças mentais (Costa, 2002). Esta problemática, também é referenciada por Imaginário (2002), ao constatar que as pessoas vivem mais tempo, no entanto esse aumento da longevidade pode estar marcado por doenças crónicas e incapacitantes, inviabilizando a preservação da sua autonomia e independência. Pelo que, atendendo à elevada percentagem de idosos inquiridos que padecem destas morbilidades, se poderá antever limitações/incapacidades que traduzam maior dependência e perda de autonomia.

Para Augusto e Carvalho (2002) estas incapacidades do idoso também têm repercussões familiares, sendo a família confrontada com novas exigências para as quais, geralmente, não estão preparadas. Esta inaptidão para cuidar e para colmatar as necessidades que advêm do processo patológico, têm repercussões significativas sobre as actividades de vida diárias dos idosos, gerando situações de maior dependência.

7.2. *Qualidade de Vida Percebida*

Os dados recolhidos através do EAsycare possibilitam a avaliação da QV de acordo com percepção dos idosos inquiridos.

Parente (2007) salienta que a comunicação é fundamental para o Homem enquanto ser social. Para Silva (2009) comunicar é partilhar com alguém um conteúdo de informações, pensamentos, ideias e desejos através de códigos comuns. A linguagem oral é a forma de comunicação universalmente mais utilizada, para tal a preservação da audição é indispensável. Filho e Netto (2000) acrescentam ainda que as alterações auditivas, nomeadamente a surdez podem ser extremamente incapacitante quando evoluem para graus mais avançadas, potenciando o isolamento do ambiente e do meio social. No entanto, os resultados obtidos no domínio da visão, audição e comunicação, indicam que nenhum dos idosos manifesta não conseguir ver, não ouvir nada ou dificuldade considerável em se fazer entender devido a problemas da fala. Esta ausência de incapacidades advém de facto de não ter dificuldades na comunicação constituir um dos critérios inclusivos do estudo, motivo pelo qual não existe na amostra idosos com limitações significativas em termos de comunicação. Relativamente à questão consegue utilizar o telefone, 70% manifesta conseguir, 8% refere não conseguir (2 de SAD). Ou seja, não se observam condicionantes significativas que impeçam a comunicação.

Celich e Bordin (2008) referem que o enfoque na educação para o autocuidado dos idosos é um dos caminhos que pode contribuir para a sua autonomia e independência, direccionando positivamente na sua vida. Paúl e Fonseca (2005) dividem as capacidades dos idosos em primárias (básicas) e secundárias

(instrumentais). As primeiras (AVD) dizem respeito às actividades de vida diárias como higiene, vestir-se, etc. Sendo que a avaliação da capacidade funcional do idosos na realização das AVD's é determinante para identificar o seu grau de dependência. As segundas (AIVD) são constituídas pelas acções do dia-a-dia que não envolvem o corpo nem as funções básicas, mas que estão indirectamente relacionadas com estas (por exemplo a aquisição ou confecção de comida). O domínio de cuidar de si evidencia algumas áreas de dependência dos idosos questionados. Relativamente ao cuidar da aparência pessoal, 80% referem não necessitar de ajuda, predomínio comum às 3 respostas sociais. No entanto, quando questionados acerca de se conseguirem vestir, 70% referem não necessitar de ajuda e 10% refere não se conseguir vestir (20% de SAD). Para lavar as mãos e a cara 96% consegue sem ajuda; apenas em SAD 2 idosos referem necessitar de ajuda.

Quanto à utilização da banheira ou duche, 56% manifestam não necessitar de ajudar; mas em lar 59,1% necessita de ajuda.

Quanto às tarefas domésticas e preparação de refeições verifica-se que a maioria necessita de alguma ajuda ou não consegue. Este problema ganha relevo na medida em que a avaliação das capacidades instrumentais dos idosos é fundamental porque permite conhecer a sua possibilidade de vida autónoma, mesmo quando não se registam grandes dependências antes de ficarem comprometidas as actividades de vida diárias (Paúl e Fonseca 2005).

Verificando-se maior dependência para estas tarefas nos idosos da resposta social de lar, pelo que, mesmo que ainda consigam executar as AVD's apresentam a possibilidade de uma vida autónoma mais condicionada. Enquanto os idosos de CD são os menos dependentes, apresentando maior possibilidade de vida autónoma.

Relativamente aos problemas com a boca e dentes, 50% manifestam ter, evidenciando-se na resposta social de lar (59,1%) (a extensão deste problema ainda não teria sido identificada pela instituição); os problemas estão essencialmente associados à dentição incompleta e à ausência ou inadaptação de próteses dentárias. Este problema ganha relevo, quando verificamos que as alterações da cavidade oral podem afectar o estado nutricional do idoso, pois a

ausência parcial ou total de dentes, dentes cariados ou uso de próteses desajustadas, compromete a mastigação (75% a 85% menos) em relação a uma pessoa com uma dentição saudável (Silva, 2009).

A incontinência urinária é uma desordem vesical angustiante e incapacitante, cuja prevalência aumenta com a idade e é maior entre as mulheres, atingindo cerca de 50% dos idosos internados em instituições de longa permanência (Silva et al, 2009). No entanto, quando questionados acerca dos problemas de bexiga e intestinos a maioria dos idosos inquiridos refere não ter acidentes (80% e 98%, respectivamente) existindo mais acidentes ocasionais ou frequentes ao nível da bexiga. Relativamente à utilização da sanita, 84% referem não necessitar de ajuda, 20% utentes da resposta social de SAD referem não conseguir.

Os problemas associados à mobilidade evidenciam factores de risco que podem ser agrupados em intrínsecos e extrínsecos (Silva, 2009). Os intrínsecos estão associados ao aumento da idade, dependência nas AVD's básicas, polipatologia, polifarmácia. Os factores extrínsecos são representados por questões familiares (limitações financeiras, falta de competência do cuidador, exaustão familiar, negligência e acções intencionais), ambientais, hospitalização prolongada e institucionalização. Podendo ter na sua etiologia alguns dos factores de risco mencionados, os idosos quando inquiridos acerca da mobilidade evidenciam algumas limitações, por vezes até algum grau de incapacidade, apresentando uma amplitude máxima observada de 35, para uma amplitude teórica máxima de 37 (média total = 9,66 e DP=9,66; sendo a resposta social com valores mais elevados a de SAD com média=13,07 e DP=12,79). A este respeito, Imaginário (2002) refere que a permanência do idoso dependente no seu habitat permite-lhe permanecer em ambiente familiar, proporcionando-lhe mais segurança, conforto e bem-estar. Pimentel (2001, cit in Imaginário, 2002) acrescenta ainda que, o internamento em Lar constitui uma experiência angustiante, salientando que os idosos dependentes preferem permanecer no seu meio social e familiar. Este domínio surge como um potencial problema principalmente nas questões: "Consegue sair de casa"; "Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos". Nestas questões a maioria dos idosos das 3 respostas sociais manifestam necessitar de ajuda ou não conseguirem. Nas questões que não se

associam a espaços exteriores as respostas são mais positivas, estando tendencialmente associadas a alguma ajuda ou nenhuma ajuda; ou seja, no interior de instalações (casa, lar...) estes idosos sentem-se mais independentes, sendo que 80% refere conseguir sem ajuda. Apenas a realçar que na questão “consegue deslocar-se dentro de casa”, apenas 3 idosos da resposta social de SAD, manifestaram incapacidade por se encontrarem acamados. Com o passar dos anos, ocorrem importantes perdas ao nível dos órgãos sensoriais, dificultando o contacto com o mundo exterior. Estas perdas fazem com que o idoso entre num círculo de isolamento progressivo. Com o envelhecimento a locomoção sofre modificações, os passos ficam mais curtos, mais lentos e menos seguros, facilitando a ocorrência de quedas (Carvalho et al, 2007). Com as deslocações a ficarem comprometidas, o idoso vai perdendo a sua autonomia funcional e empobrecendo a sua rede social.

Apesar da dificuldade manifestada na mobilidade no exterior, quando analisado o domínio da segurança, 64% manifesta sentir-se seguro fora de casa, predomínio comum nas 3 respostas sociais. No entanto, 86% referem sentir-se mais seguros dentro da própria casa. Esta manifestação de segurança é justificada por Rowles (1984, cit in Sequeira e Silva, 2002) ao afirmar que nos meios rurais existe uma estrutura de apoio, um sentido de obrigação para outros membros da comunidade. Tratando-se de um meio social estável em termos de regras e normas sociais, que fornece modelos de comportamento específicos e estáveis, existindo normas de conduta definidas e aceites por todos, servindo de suporte às relações entre os indivíduos, conferindo-lhe maior segurança.

No que se refere à ajuda em caso de doença ou urgência, 94% considera ter ajuda, sendo na resposta social de lar que 100% refere ter ajuda e 86,7% em SAD manifesta ter ajuda.

No domínio “local de residência e finanças” 96% refere estar satisfeito com a sua residência. No entanto, quando questionados acerca da gestão do dinheiro e assuntos financeiros, 46% manifestam-se incapazes e 70% refere que não gostariam de obter aconselhamento sobre subsídios ou benefícios. A gravidade deste problema é evidenciada por Coimbra e Brito (1999) que consideram que os fracos recursos, de grande parte dos idosos, potenciam a sua inclusão em grupos

desfavorecidos ou vulneráveis. Perante esta situação Imaginário (2002) acrescenta que a família tem a responsabilidade de assumir em primeira linha as funções ao nível dos domínios psicobiológicos, socioculturais, educativos e económicos contribuindo para o processo de socialização dos seus membros e para a satisfação das necessidades básicas.

Lobo (2006) considera que o exercício influencia a qualidade de vida do processo de envelhecimento, justificando que a evidência empírica denota a importância do exercício na manutenção e melhoria da QV à medida que se envelhece. Os idosos são o grupo etário de indivíduos que apresenta níveis de aptidão mais baixos. Os resultados obtidos neste estudo estão em consonância, pois no domínio “manter-se saudável” 56% dos inquiridos manifesta não fazer exercício regularmente; esta situação é mais marcada nos utentes em SAD (80%), o que é reforçado pelos resultados que mostram ser nesta resposta social que há maior dificuldade na mobilidade e menos auxílio em caso de doença ou urgência. Relativamente a este facto, Norman (1995, cit in Faria e Marinho, 2004) defende que o desuso é um factor significativo na perda de funcionalidade e no estado de saúde fragilizado que normalmente está associado ao envelhecimento, considerando que o sedentarismo origina um agravamento na redução das capacidades funcionais. Como tal, a actividade física constitui uma forma de retardar o declínio.

Lobo (2006) acrescenta que os idosos institucionalizados têm níveis de actividade física significativamente mais baixos. No entanto, neste estudo a resposta social de lar é onde mais idosos praticam exercício com regularidade (54,5%), este resultado é justificado pela presença de fisioterapeuta na instituição com a periodicidade de 3 vezes por semana, executando exercício individuais e colectivos de acordo com as necessidades dos idosos. Esta adesão à prática de exercício físico também poderá estar associada ao incentivo que a equipa de saúde e técnica efectua (salientando regularmente a importância e benefícios do exercício), assim como às infra-estruturas que a instituição possui: possuindo ginásio nas instalações, espaços internos e externos amplos e sem obstáculos à deambulação.

Todos os utentes de lar manifestam saber que têm as vacinas, rastreios actualizados e tensão arterial avaliada recentemente (são os utentes em lar que têm maior percentagem de hipertensão, sendo também os que mencionam efectuar a sua avaliação com maior regularidade). É em SAD que maior percentagem de idosos manifestam desconhecimento ou desactualização quanto aquelas três áreas. Como o lar tem uma equipa de saúde própria, com um bom rácio de cuidadores da área da saúde (3 enfermeiros (em regime de avença); 1 médico do SNS e 1 médico Medicina Interna (em regime de avença); 1 nutricionista) por utente institucionalizado (33 idosos) pode prestar melhores cuidados. Nas restantes respostas sociais, os utentes têm de recorrer ao SNS para obter um acompanhamento de saúde.

Hulse (2002) refere que os idosos são os maiores consumidores de prescrições e medicamentos vendidos sem receita médica, pelo que uso de polifármacos em concomitância com o álcool é comum nessa faixa etária. As mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento influenciam as concentrações de medicamentos e o seu metabolismo, pelo que a utilização de polifármacos e a interacção de outras drogas com álcool podem influenciar negativamente a capacidade funcional, a habilidade psicomotora e cognitiva (incluindo atenção e memória). Os dados obtidos na amostra não evidenciam uso excessivo de álcool, pois a totalidade dos inquiridos das 3 respostas sociais refere que não bebe demasiadas bebidas alcoólicas. Este dados vão ao encontro ao inquérito Nacional de saúde de 1998/1999 (in INE, 2002) que revela que a maioria das mulheres idosas (68,1%) afirmaram não ter consumido alguma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores ao inquérito e apenas 27,6% dos homens mantêm esta resposta. Relativamente a este facto, Filho e Netto (2000) consideram que a reduzida percentagem de alcoolismo nos idosos se deve à gravidade dos quadros provocados ou à letalidade das intoxicações alcoólicas nos idosos. O mesmo autor, refere ainda que o álcool pode ser um dos factores que contribui para o desencadear de complicações como a demência. Como esta patologia constitui um dos critérios de exclusão do estudo, este poderá ser o motivo pelo qual a totalidade dos inquiridos percepcionar não ingerir demasiadas bebidas alcoólicas.

O domínio da “saúde mental e bem-estar” constitui um problema para os idosos inquiridos. 58% refere que consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades importante para si; contudo 60% dos utentes de SAD responderam que não. Quanto à saúde 70% dos idosos inquiridos caracterizam como razoável, este predomínio de resposta é comum às 3 respostas sociais. Estes resultados são justificados por Filho e Netto (2000) que afirmam que as patologias têm maior prevalência nos idosos, podendo ter polipatologias em concomitância, que sendo sintomáticas podem alterar negativamente a sua percepção acerca da sua saúde.

Apesar de 46% dos inquiridos referirem “nunca se sentirem sozinhos”, as 3 respostas sociais evidenciam a existência de idosos que se sentem sozinhos: por vezes ou muitas vezes. O facto de idosos que não residem sozinhos evidenciarem a existência de solidão vai ao encontro da opinião de Neri e Yassuda (2008) que consideram a solidão como uma experiência emocional desagradável e stressante, pois está relacionada com a inexistência, afastamento ou perda de relações afectivas significativas. Não tendo necessariamente uma relação com o isolamento social. Complementando esta opinião Arber e Evandrou (1997, in Squire, 2005) acrescentam, que viver sozinho ou isolado da família e da comunidade nem sempre significa que os idosos sejam solitários. Considerando que o principal factor para determinar a existência ou não da solidão é saber se tem ou não a alternativa e a liberdade para escolher com quem quer estar ou viver. Pelo que se pode inferir que não é o facto de residirem sozinhos ou acompanhados que induz esse sentimento de solidão, mas sim o facto de vivenciarem uma perda significativa e/ou se a actual situação (pessoa ou local onde vivem) constitui uma opção tomada de livre vontade.

Castro et al (2006) refere que a dor, pela sua prevalência, pode causar incapacidades e muito sofrimento, constituindo um problema de saúde pública. É frequente a incidência de diversas patologias susceptíveis de provocar dor na população idosa. Vasconcelos (2006) refere que a dor crónica apresenta elevada incidência entre a população idosa, estimando que entre 49% a 83% dos idosos institucionalizados sofram de dor de forma permanente. Esta problemática está

presente na nossa amostra, pois apenas 36% dos participantes manifestam não ter dores corporais, embora apenas 1 utente (SAD) mencione dores muito fortes. Para colmatar este problema um dos aspectos mais importante é identificar e caracterizar a dor de que o idoso padece, após este passo, existem várias formas de aliviar a dor compreendendo medidas farmacológicas e não farmacológicas que podem ser usadas de modo isolado ou em concomitância de acordo com as necessidades (Rodrigues e Carvela, 2006).

A perda e o luto de alguém próximo recentemente constituem aspectos comuns nas 3 respostas sociais: 66% dos participantes manifestam ter vivenciado essa perda. Silva (2006) refere que as concepções de morte e morrer, as experiências pessoais, os valores e crenças de cada comunidade podem influenciar o modo como cada pessoa vivencia e idealiza a sua morte ou a morte dos outros. Este sentimento de perda também pode ter repercussões no modo como o idoso irá encarar a sua vida (“o tempo que resta”). Neste sentido, como a maioria dos idosos vivenciou uma perda recente, esta poderá ser um dos factores que influenciou a resposta à questão: “no último mês sentiu-se incomodado por estar em baixo, deprimido ou desesperado” na qual se obtiveram 68% de respostas afirmativas, comum às 3 respostas sociais. Esta conjectura é apoiada por Imaginário (2002) que refere que a não compensação de perdas (do cônjuge, de familiares e amigos muito próximos) poderá originar situações de isolamento social e quadros depressivos. Este problema é relevante na medida em que a depressão é o transtorno de humor mais frequente nos idosos, levando à perda de autonomia e agravamento de quadros patológicos preexistentes (Silva, 2009). O domínio “administração da medicação” constitui um problema nomeadamente na necessidade de ajuda para a obtenção regular dos medicamentos, em que 78% dos idosos manifestam essa necessidade (similar às 3 respostas sociais, mas ligeiramente superior em lar). Esta dependência poderá estar associada a que em contexto de lar os pedidos de terapêutica à farmácia e a preparação estão a cargo da Equipa de Enfermagem (por ser da sua área de competência e serem funções que a instituição lhe atribui). Enquanto que nas restantes respostas sócias estas tarefas são da responsabilidade dos idosos, sendo delegadas a terceiros apenas por dificuldade/incapacidade na sua execução.

Silva (2009) considera que as quedas o mais emblemático protótipo das síndromes geriátricas, pois têm adjacente a síndrome pós-queda, traduzido em medo de voltar a cair, que actua como factor limitante da QV, promovendo situações de imobilidade. Estima-se que 30% dos idosos com 65 anos ou mais sofrem pelo menos uma queda por ano; este número aumenta para 50% nos idosos institucionalizados (Silva, 2009). Na avaliação do risco de quedas neste estudo, as respostas evidenciam as quedas como problema com amplitude observada máxima de 7, numa amplitude teórica máxima de 8. Os valores mais elevados ocorrem em SAD (média=2,67 e DP=1,95), evidenciando um elevado risco de queda; o menor risco de queda é nos inquiridos da resposta social CD (média = 1,15 e DP=1,35).

Efectuando uma análise global da QV dos inquiridos verifica-se que estes apresentam percepções diferentes da QV nas diferentes respostas sociais: os idosos da resposta social de SAD são os que apresenta menor QV percebida (média =86,93 e DP= 62,71); os idosos da resposta social de Lar apresentam uma QV percebida intermediária (média =67,73 e DP=39,81); os idosos abrangidos pela resposta social de CD são os que de entre a amostra apresenta melhor percepção de QV.

Face ao que foi anteriormente exposto da análise dos dados pode-se inferir que os idosos de CD conseguem obter maior satisfação das suas necessidades: acompanhamento durante o período diurno, uma retaguarda familiar e/ou uma casa de referência como sendo sua (com a possibilidade de manter os laços afectivos/emocionais com a casa, vizinho/pessoas significativas), com menor risco de ruptura de cuidados e maior independência e autonomia.

Como se pôde constatar pela revisão da literatura Pimentel (2001, cit in Imaginário, 2002) considera que os idosos dependentes preferem permanecer no seu meio social e familiar. No entanto, as suas casas não se encontram devidamente adaptadas às suas necessidades e os cuidadores, na maioria das vezes, não possuem conhecimentos adequados à exigência da prestação de cuidados. Pelo que, estes idosos ficam progressivamente mais dependentes e tendencialmente isolados do seu meio social.

As instituições de apoio à terceira idade devem possuir infra-estruturas adequadas às necessidades da população a quem se destinam, assim como cuidadores com formação técnica e conhecimentos adequados aos cuidados que vão prestar e às necessidades dos seus idosos. Apesar de não se encontrarem no seu meio de origem, os idosos da resposta social de lar conseguem manter elos/ laços afectivos com familiares e pessoas significativas. De acordo com Cardão (2009) quando existe uma adaptação bem-sucedida à instituição, os idosos acabam por rever nela os laços/simbolismo que até então atribuíam à “casa”. Fernandes (2002, cit in Cardão, 2009) acrescenta ainda que a institucionalização pode promover a auto-estima das pessoas idosas, ao proporcionar oportunidades de interacção e papéis sociais adequados ao idoso. Verificando-se que a percepção de QV dos idosos está relacionada com o seu grau de dependência e autonomia, com as suas necessidades e com a satisfação das mesmas (em termos bio-psico-socio-económicos).

7.3. *Limitações e Perspectivas de Pesquisa*

A principal limitação deste estudo é a amostra reduzida que impede a generalização e restringe de certo modo a interpretação dos dados. Outro aspecto limitativo advém de na instituição haver um grupo de idosos que por não possuírem os critérios inclusivos definidos para este estudo, foram excluídos e a sua percepção de QV não pode ser avaliada. Pela importância de avaliação da QV nos idosos, mesmo nos que possuem limitações mentais e/ou com dificuldades na comunicação, considera-se pertinente a execução de um novo estudo cujo instrumento de recolha de dados possibilite a inclusão desses idosos. A autora desta dissertação é prestadora de cuidados de saúde de enfermagem no CSPSPM, por isso teve contacto prévio com os idosos das respostas sociais de Lar e CD. A autora considera que: por um lado foi uma mais-valia para a sua integração, aceitação e credibilidade perante os idosos; por outro pode ter sido negativo, pois mesmo após explicação da isenção do estudo, os participantes efectuavam a ligação da investigadora à instituição, denotando algum

constrangimento em questões relacionadas com o local de residência e recursos financeiros.

Tendo em conta que o objecto de estudo foi a QV percebida pode ter múltiplas definições e interferências, considera-se pertinente a repetição do estudo após 6 meses, com o intuito de analisar se ocorreram mudanças na percepção dos idosos. De preferência esse estudo deve ser conduzido por um investigador externo da instituição, para que não tenha implícito o aspecto negativo mencionado.

7.4. *Recomendações*

Existe um elevado número de hipertensos na resposta social de lar, o que pode adir de os idosos nas restantes respostas sociais terem menos vigilância. Deste modo, propõe-se à instituição que una esforços com o serviço nacional de saúde, no incentivo da população idosa para avaliar as tensões arteriais com maior periodicidade. Podendo os profissionais da área da saúde delinear planos de avaliação, de acordo com as necessidades dos idosos. Esta é uma patologia “silenciosa” que, por vezes, não tem manifestações clínicas, causando danos de saúde irreversíveis, pelo que não ser diagnosticado atempadamente e instituído um tratamento adequado será prejudicial para o idoso.

Perante a problemática da boca e dentição, propõe-se organizar um plano formativo para funcionários, cuidadores informais e idosos explicitando a importância de boa higiene oral e do modo como deve ser efectuada. Parece uma medida preventiva adequada para evitar o aparecimento destes problemas. Em Portugal a especialidade de estomatologia é mais frequente no sector privado, contudo, os idosos que referem ausência ou inadaptação às próteses dentárias, na impossibilidade de despenderem de recursos financeiros devem ser alertados para a possibilidade de usufruírem desta especialidade no sector público.

A mobilidade constitui um problema para os idosos. No que se refere à mobilidade no exterior, na ausência de um acompanhante dever-se-á procurar ajudas técnicas adequadas a cada idoso, para que se sinta apoiado na deambulação. Actualmente os planos de urbanização já comportam medidas de acessibilidade,

no entanto, alguns edifícios mais antigos, ruas e passeios têm obstáculos que dificultam a mobilidade. Poder-se-á indagar os idosos acerca das necessidades de deslocação e traçar percursos alternativos com menos obstáculos. Quanto à mobilidade no interior de casa, constatou-se que os idosos da resposta social de SAD são os que apresentam maior dificuldade; neste sentido, propõem-se disponibilizar informação sobre ajudas técnicas e adaptações passíveis de se efectuar nos domicílios que facilitam a deambulação (por exemplo: remoção de tapetes, reduzir objectos de decoração, colocação de barões e barras de apoio, substituir degraus por rampas ou ascensores...).

Com o avanço da medicina e desenvolvimento da indústria farmacêutica existe uma grande diversidade de analgésicos com diferentes capacidades de actuação. Cada vez mais se preconiza o combate à dor, desde que devidamente identificada a sua etiologia, deve ser combatida com o analgésico adequado. A maioria dos idosos inquiridos refere dores corporais, por isso há que alertar a equipa de saúde responsável, de forma a efectuar uma avaliação do idoso e rever a terapêutica, ajustando-a às necessidades. Deve também ensinar-se ao idoso que caso sinta dores as manifeste e caracterize de forma adequada. Para além das medidas farmacológicas existem formas de alívio de dor não farmacológicas (técnicas de distracção, musicoterapia, massagem, psicodrama, exercícios respiratórios, acupunctura, entre outras) que também devem ser consideradas como alternativa ou tratamento em concomitância.

Atendendo a que a resposta social de SAD é a que apresenta pior QV percebida, poder-se-ia em parceria com a instituição/família e/ou cuidadores informais/idoso, definir as reais dificuldades e averiguar se esta é a resposta social mais adequada; caso a permanência no domicílio seja uma condição que tanto os cuidadores como o idoso queiram manter, deve-se delinear medidas/estratégias que possibilitem a resolução dos problemas/necessidades; caso se constate que, que esta resposta social não é a adequada e a mudança seja do acordo de todos os envolvidos, devem-se canalizar os esforços para se inserir, rapidamente, o idoso na resposta social indicada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portugal à semelhança dos restantes países da Europa tem denotado um envelhecimento da sua população. Neri (2207) considera que no domínio da pesquisa, cresce o interesse pela caracterização das variáveis, que determinam uma boa QV na velhice nos domínios físico, social e psicológico, bem como pela identificação das noções vigentes sobre o qual o significado de QV entre a população. Este estudo permitiu constatar que no CSPSPM existem 101 utente abrangidos pelas 3 respostas sociais (Lar, CD, SAD), 88,11% têm idade superior a 64 anos e 56,2% apresentam os critérios de inclusão.

O objectivo das Instituições de apoio à terceira idade é satisfazer as necessidades dos idosos proporcionando-lhes melhor QV. Não devem substituir o idoso nas tarefas que conseguem executar, mas incentivá-los e motivá-los a manter a sua autonomia. Para cumprir esse objectivo, as instituições devem efectuar uma correcta avaliação das capacidades e necessidades de cada idoso, de forma individual e holística.

Com este estudo analisamos a QV percebida por estes idosos, considerando as respostas sociais de que são utentes, tendo constatado que das 3 respostas sociais, o SAD apresenta menor QV percebida e o CD apresenta maior QV (em todos os domínios do EASYcare, excepto no domínio “local de residência e finanças”). Verificou-se uma correlação negativa significativa entre o score global do EASYcare e os anos de escolaridade formal: menor escolaridade associa-se a menor QV percebida.

Elaborar um estudo não exige ao investigador apenas obter conclusões, mas incute-lhe a responsabilidade de pensar em estratégias que permitam melhorar as situações. No âmbito da intervenção tem-se verificado um aumento da consciência acerca da importância de identificar e promover condições que permitam a ocorrência de uma velhice longa e saudável, com uma relação custo-benefício favorável para indivíduos e instituições sociais, num contexto de igualdade de distribuição de bens e oportunidades sócias (Neri, 2007). Uma instituição é constituída pelas infra-estruturas, meios técnicos e humanos que disponibiliza, mas também pelos utentes que são a razão da instituição existir. Sensibilizar todos os intervenientes (instituição e funcionários, família e/ou

cuidadores informais e os idosos) de que cada idoso tem especificidades e deve ser visto de uma forma holística e individual. Proporcionar melhor QV não é benefício, mas um direito do qual todos devem usufruir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, António (2008). *A Pessoa idosa institucionalizada em lares – aspectos e contextos da qualidade de vida*. Porto, Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- ALMEIDA, António J. P. S.; RODRIGUES, Vitor M. C. P. *A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares*. Rev. Latino-americana de enfermagem [online]. 2008;16(6): 1025-1031 acedido a 3 de Novembro de 2010 em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600014&script=sci_arttext&tlng=pt
- ANDRADE, Fernanda; PEREIRA, Luís (2005). *A relação Enfermeiro-doente Idoso sob o olhar bioético*. Rev Sinais Vitais. 2005; 62(9): 14-17
- AUGUSTO, Berta; CARVALHO, Rogério (coord.) (2002). *Cuidados continuados – família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra, 1ª edição, edições Formasau
- BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995). *Pessoas idosas-uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta
- BONFIM, Catarina; SARAIVA, Maria E.(1996). *Centro de Dia (condições de localização, instalações e funcionamento)*. Lisboa, Núcleo de documentação técnica e divulgação da Direcção geral da Acção Social
- BONFIM, Catarina J.; GARRIDO, Manuel M.; SARAIVA, Maria E. ; VEIGA, Sofia M.(1996). *Lar para idosos (condições de implementação, localização, instalações e funcionamento)*. Lisboa, Núcleo de documentação técnica e divulgação da Direcção geral da Acção Social

- BONFIM, Catarina J.; VEIGA, Sofia M.(1996). *Serviço de Apoio Domiciliário (condições de implementação, localização, instalações e funcionamento)*. Lisboa, Núcleo de documentação técnica e divulgação da Direcção geral da Acção Social
- CANAVARRO, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2006). *Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal, Prevenção da SIDA: Um desafio que não pode ser perdido* (pp. 1-4). SIDAnet: Associação Lusófona.
- CANAVARRO, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., Gameiro, S., & Paredes, T. (2006a). *Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- CARDÃO, Sandra (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa, Coisas de ler
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures, Lusociência
- CARVALHO, Gustavo A.; PEIXOTO, Nara M.; CAPELLA, Patrícia D. (2007). *Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti*, acedido a 8 de Novembro de 2010 em: <http://www.efdeportes.com/efd114/avaliacao-funcional-do-paciente-geriatrico-institucionalizado.htm>

- CASTRO, Susana; MARQUES, Albertina; REIS, Gina; COUTO, Rosário; BARROS, Sónia. *Dor: um fenómeno a reflectir – experiência de dor no adulto*. Rev Sinais Vitais. 2006; 68(9): 34-36
- CELICH, Kátia L.S.; BORDIN, Alexandra (2008). *Educar para o autocuidado na terceira idade: uma proposta lúdica*. acedido a 2 de Novembro de 2010 em: <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/102/186>
- Censos 2001 (Informação datada de 2002) do Instituto Nacional de Estatística acedido a 10 de Novembro 2009 em: www.ine.pt
- COIMBRA, José A. J.; BRITO, Irma S.. *Qualidade de vida do Idoso*. Rev. Referência.1999;3 (11): 29-35
- COSTA, M^a Arminda (2002). *Cuidar Idosos – formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra, edições Formasau
- Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro. *Estatuto das IPSS'S*. acedido a 8 de Março de 2010 em: http://www.adrnp-sede.org.pt/imagens/legislacao/DL_119-1983_Estatuto_das_IPSS.pdf
- Direcção Geral da Saúde (2004). Programa nacional para a Saúde das Pessoas Idosas Nº 13/DGCG. Circular Normativa acedido a 8 de Março de 2010 em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Estatísticas Demográficas 2008 do Instituto Nacional de Estatística acedido a 10 de Novembro 2009 em: www.ine.pt

- FARIA, Luísa; MARINHO, CLÁUDIA. *Actividade física, saúde e qualidade de vida na terceira idade*. Rev Portuguesa de Psicossomática. 2004; 1(6): 93-104
- FIGUEIREDO, Daniela (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Climepsi Editores
- FILHO, Eurico T. C.; NETTO, Matheus P. (2000). *Geriatría – fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo, Editora Atheneu
- FLECK, Marcelo P.A. e colaboradores (2008). *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre, Artmed
- FORTIN, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, 3ª Edição, Lusociência.
- FONSECA, António M. (2006). *O envelhecimento – uma abordagem psicológica*. Lisboa, 2ª Edição, Campus do saber
- GONÇALVES, Cristina (2003). *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos*, acedido em 8 de Novembro de 2010 em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=106299&ESTUDOSmodo=2
- <http://www.bbr-online.com/easycare>, acedido a 11 de Dezembro 2009
- HALL, M.; MACLENNAN, N.; LYE, M. (1997). *Cuidados médicos ao doente idoso*. Lisboa, 1ª Edição, Climepsi Editores
- HULSE, Gary K.. *Alcohol, drugs and much more in later life*. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2002;24: 34-41 acedido a 3 de Novembro de 2010 em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8855.pdf>

- IMAGINÁRIO, Cristina (2002). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra, edições Formasau
- INE (2009). *População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida)* acedido a 30 de Outubro de 2009 em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000611&contexto=pi&selTab=tab0
- INE (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. acedido a 5 de Novembro de 2010 em: <http://www.advita.pt/download.php?d13e4f69f3f3f1239838d39a459cd46c>
- KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia G.C.; TAKAYANAGUI, Angela Maria M. (2007). *Qualidade de Vida – Aspectos Conceptuais*. Rev. Salus-Guarapuava-PR, 2007;1(1):13-15 acedido a 8 de Março de 2010 em: <http://www.scribd.com/doc/6688925/Qualidade-de-Vida-Aspectos-Conceptuais>
- LAWTON, M. P. (1991). A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. Em SILVA, JOSÉ V. (org.) et al (2009). *Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo, 1ª Edição, Iátria
- LOBO, Alexandrina J. S.. *Padrão de actividade física diária dos idosos institucionalizados*. Rev Investigação em Enfermagem, 2006;14(8): 16-19
- MAROTE, Ana; CARMEN, Maria Del; LEODORO, Sandra; PESTANA, Vera (2005). *Realidade dos cuidadores Informais de idosos dependentes da região autónoma da Madeira*. Rev Sinais Vitais, 2005; 61(7) :19-24

- MERCADIER, Catherine (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar – O corpo, âmbito da interacção prestador de cuidados-doente*. Loures, 1ª Edição, Lusociência.
- NERI, Anita L. (org.) (2007). *Desenvolvimento e envelhecimento – perspectivas biológicas, psicológicas e sociais*. São Paulo, 3ª Edição, Papirus
- NERI, Anita L.; YASSUDA, Mónica S. (orgs.) (2008). *Velhice Bem-sucedida – aspectos afectivos e cognitivos*. São Paulo, 3ª Edição, Papirus
- OLIVEIRA, Camila R. M.; SOUZA, Carolina S.; FREITAS, Thalita M.; RIBEIRO, Cláudio (2006). *Idosos e Família: Asilo ou Casa*. acessado a 5 de Novembro 2009 em: www.psicologia.com.pt
- PARENTE, Anabela; DIAS, Sérgio; REIS, Sílvia; PINTO, Florbela; FIGUEIREDO, Celeste. *A comunicação do doente afásico*. Rev Sinais Vitais. 2007; 70(1) : 55-58
- PÁSCOA, Pedro M. G. (2008). *A Importância do Envelhecimento Activo na saúde do idoso*. Porto, Monografia para obtenção de grau de Licenciatura em Enfermagem, apresentada na Universidade Fernando Pessoa
- PAÚL, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra, Almedina.
- PAÚL, Constança; FONSECA, António M. (2005). *Envelhecer em Portugal - psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa, 1ª Edição, Climepsi Editores
- PEREIRA, Alexandre (2003). *SPSS guia prático de utilização – análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa, 4ª edição, Edições Sílabo

- PESTANA, Maria H.; GAGEIRO, João N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa, 3ª Edição, Edições Sílabo
- PIMENTEL, L. M. G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra, Quarteto Editora
- PIMENTEL, Francisco L. (2003). *Qualidade de vida do Doente Oncológico*. Porto, Edição de Autor
- REIS, Marta (2008). *Manual de acolhimento do Centro Social Paroquial São Pedro Maceda*. Maceda, Documento Intrainstitucional
- RODRIGUES, Ana M.; CARVELA, Elsa C. P.. *Mitos e preconceitos sobre a dor*. Rev Sinais Vitais. 2006; 68(9): 37-340
- SALDANHA, Assuero L.; CALDAS, Célia P. (2004). *Saúde do idoso – a arte de cuidar*. Rio de Janeiro, 2ª edição, Editora Interciência
- SEQUEIRA, Arménio; SILVA, Marlene N.. *O bem estar da pessoa idosa em meio rural*. Rev Análise Psicológica. 2002; 3: 505-516, acedido em 8 de Novembro de 2010 em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a23.pdf>
- SILVA, João F. (2006). Quando a vida chegar ao fim – expectativas do idoso hospitalizado e família. Lisboa, 1ª Edição, Lusociência
- SILVA, Andreia (2007). *Envelhecimento Populacional Que Saúde?* Rev. Portuguesa de Enfermagem. 2007; 11:11-13
- SILVA, JOSÉ V. (org.) (2009). *Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo, 1ª Edição, Iátria

- SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela (2000). *Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar*. Rev. Psychologica. 2000; 25:19-24
- SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela; CERQUEIRA, Margarida (2004). *Envelhecer em família – os cuidados familiares na velhice*. Porto, 1ª Edição, Ambar
- SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa* – Rev Saúde Pública. 2003; 37(3): 364-71 acedido a 12 de Novembro de 2009 em: www.fsp.usp.br/rsp
- SQUIRE, Anne (2005). *Saúde e bem-estar para Pessoas idosas – fundamentos básicos para a prática*. Loures, Lusociência
- TÔRRES, Elisângela M. (2006). *A viuvez na vida dos idosos*. Bahia, Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração o Cuidar em enfermagem, apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia acedida em 5 de Novembro 2010 em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/wp-content/uploads/2008/05/tese%20idoso%20e%20viuvez.pdf>
- VANDENPLAS-HOLPER, Cristiane (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice (maturidade e sabedoria)*. Porto, 1ª Edição, Edições Asa
- VASCONCELOS; Katila C. P. *A avaliação da dor no idoso com demência*. Rev Sinais Vitais. 2006; 68(9) : 41-44
- WHO (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Madrid, II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento

ANEXOS

ANEXO I

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizado
Teresa Cristina
07-10-2007



Ao Cuidado da
Direcção do Centro Social Paroquial São Pedro Maceda
e/ou Ex^{mo}. Sr. Presidente da Direcção

Assunto: Pedido de Autorização para realização de Tese de Mestrado

Patrícia Marlene Rodrigues Rocha, licenciada em Enfermagem e a frequentar o 2º ano/1º semestre do Mestrado em Gerontologia na Universidade de Aveiro, vem por este meio solicitar a autorização de Vossas Ex^{as}, para desenvolver nesta instituição a tese de mestrado.

A tese de mestrado a ser desenvolvida visa a *"Caracterização da qualidade de vida e necessidades de Idosos com mais de 74 anos"*.

O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim, com este estudo pretende-se identificar as principais necessidades de pessoas com mais de 74 anos, considerando diversos tipos: sociais, de saúde, económicas, segurança e habitacionais. Neste sentido, solicita-se autorização para que se proceda à aplicação de um questionário (Easy-care, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas) aos idosos com mais de 74 anos, que em plena

1/2



universidade de aveiro

consciência autorizem a sua aplicação, e que estejam inseridos nesta instituição em regime de Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário.

De ressaltar que tratando-se de um trabalho de carácter científico serão preservadas todas as condições de confidencialidade inerentes ao estudo, incluindo o nome da Instituição caso a direcção manifeste essa vontade.

Pede deferimento

Esmoriz, 5 de Outubro de 2009

(Patrícia Rocha)

2/2

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO



universidade de aveiro

Consentimento Livre e Informado

Investigador: _____ **Contacto telefónico:** _____

Responsável pelo projecto: Liliana Sousa (Universidade de Aveiro, 234 372440)

O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim, com este estudo procuramos identificar as principais necessidades de pessoas com mais de 74 anos, considerando diversos tipos: sociais, de saúde, económicas, segurança e habitacionais. Neste sentido, precisamos que responda a um questionário (Easy care, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas), que demora cerca de 20 minutos a ser preenchido.

Também lhe serão colocadas questões relacionadas com as suas patologias e com o contacto com familiares e/ou pessoas próximas.

Nenhuma informação que o identifique será incluída no questionário, qualquer eventual referência será substituída por códigos. Responder a este questionário não é prejudicial para a sua saúde e a sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer impacto no seu tratamento clínico presente ou futuro. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes. Os seus registos médicos não serão afectados por este estudo. A confidencialidade dos seus dados será mantida.

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada à investigadora ou à coordenadora do projecto (ver os contactos no início da folha).

Declaro que:

☐ Não aceito participar

☐ Aceito participar

- Assinatura do participante _____
- Assinatura de testemunha _____
- Assinatura do investigador _____
- Consentimento verbal ☐

ANEXO III

EASYCARE



universidade de aveiro

EASY-Care Standard

Esta avaliação visa a análise das suas principais necessidades e prioridades relativamente à sua saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação pode ser feito por si ou com a ajuda de um profissional de saúde ou de acção social. Se desejar, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de um cuidador no preenchimento da sua avaliação.

No início pode registar os dados sobre si próprio(a) e sobre o motivo pelo qual está a ser avaliado. Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

- Visão, audição e comunicação
- Cuidar de si (auto-cuidado)
- Mobilidade
- Segurança
- Local de residência e finanças
- Manter-se saudável
- Saúde mental e bem-estar
- Outras informações que considere importantes.

Código de identificação: _____

Data de recolha de dados: _____

Dados sócio-demográficos

1. **Sexo:** Feminino ☐ (f) Masculino ☐ (m)

2. **Idade:** _____

3. **Zona de residência:** Rural ☐ (r) Urbana ☐ (u)

4. **Estado civil:**

Solteiro ☐ (s)

Casado(a)/união de facto ☐ (c)

Divorciado(a)/Separado(a) ☐ (d)

Viúvo(a) ☐ (v)

5. **Anos de educação formal:** _____

6. **Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?**

Não chegam para as necessidades (3)

Suficientes (2)

Sobra algum dinheiro (1)

7. **Com quem vive?**

Sozinho ☐ (s)

Em casal ☐ (c)

Com família alargada ☐ (f)

Em instituição ☐ (i)

Outra situação ☐ (o) Qual? _____

8. **Situação profissional**

Empregado(a) a tempo integral ☐ (eti)

Empregado(a) a tempo parcial ☐ (etp)

Desempregado(a) ☐ (de)

Doméstica ☐ (do)

Pensionista ☐ (p)

Reformado(a) ☐ (r)

Estudante ☐ (est)

1. Visão, audição e comunicação

1.1. **Consegue ver (com óculos, se usar)?**

Sim ☐ (0)

Com dificuldade ☐ (1)

Não vê nada ☐ (3)

1.2. **Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?**

Sim ☐ (0)

Com dificuldade ☐ (1)

Não ouve nada ☐ (3)

1.3. **Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?**

Não tem dificuldade ☐ (0)

Dificuldades com algumas pessoas ☐ (1)

Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐ (3)

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue utilizar o telefone ☐ (3)

2. Cuidar de si

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (p. ex. pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, ...)

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda para manter a aparência ☐ (5)

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, atacadores, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐ (4)

Não consegue vestir-se ☐ (6)

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda ☐ (1)

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda ☐ (5)

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar chão, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda nas mais pesadas) ☐ (2)

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica ☐ (3)

2.6. Consegue preparar as suas refeições

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não consegue cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (2)

Não consegue preparar refeições ☐ (5)

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, ...) ☐ (3)

Não consegue alimentar-se ☐ (8)

2.8. Tem alguns problemas com a sua boca ou dentes? Se sim, por favor especifique.

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (se alguém lhes preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐ (2)

Não consegue tomar os seus medicamentos ☐ (4)

2.10. Já teve problemas com a sua pele (p. ex. úlceras na perna, escaras)?

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐ (5)

Acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda com algália ☐ (8)

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐ (6)

Acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister ☐ (8)

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir-se o necessário, limpar-se e sair) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐ (4)

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária ☐ (7)

3. Mobilidade

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (4)

Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira ☐ (7)

3.2. Tem problemas com os seus pés

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda ☐ (0)

Numa cadeira de rodas sem ajudas ☐ (5)

Com alguma ajuda ☐ (7)

Acamado ☐ (8)

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (incluindo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue subir e descer escadas ☐ (4)

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não ☐ (0) Uma vez ☐ (1) Duas ou mais vezes ☐ (2)

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda ☐ (0) Com alguma ajuda ☐ (3) Não consegue andar no exterior ☐ (6)

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐ (0)

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐ (2)

Não consegue ir às compras ☐ (4)

3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (p. ex consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos ☐ (5)

4. Segurança

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

4.4. Sente-se discriminado/a por alguma razão (p. ex. a sua idade, sexo, raça, religião)?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

5. Local de residência e finanças

5.1. De uma forma geral está satisfeito/a com a sua residência?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim ☐ (0) Não ☐ (4)

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?

Sim ☐ (S) Não ☐ (N)

6. Manter-se saudável

6.1. Faz exercício regularmente?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charuto, cachimbo)?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Não tem preocupações ☐ (N) Com perda de peso ☐ (PP) Com excesso de peso ☐ (EP)

6.7. Tem as suas vacinas em dia?

Não ☐ (N) Não sabe ☐ (NS) Sim ☐ (S)

6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro

Não ☐ (N) Não sabe ☐ (NS) Sim ☐ (S)

7. Saúde mental e bem-estar

7.1. Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ (1) Muito boa ☐ (2) Boa ☐ (3) Razoável ☐ (4) Fraca ☐ (5)

7.3. Sente-se sozinho/a?

Nunca ☐ (1) Por vezes ☐ (2) Muitas vezes ☐ (3)

7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.6. No mês passado teve dores corporais?

Não ☐ (0) Sim ☐

Se sim: Muito suaves ☐ (1) Suaves ☐ (2) Moderadas ☐ (3) Fortes ☐ (4)

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

8. Administração de medicação

8.1. Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?

Sim ☐ (1) Não ☐ (0)

8.2. Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

8.3. Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?Sim ☐ (0) Não ☐ (1)**8.4. Pensa que alguns dos seus medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?**Sim ☐ (1) Não ☐ (0)**9. Avaliação do risco de quedas**

A resposta afirmativa em pelo menos 3 dos itens que se seguem indica um elevado risco de quedas.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Uma ou mais quedas no ano que passou	P 3.5	
Tem dificuldade em ver	P 1.1	
Tem pouca estabilidade de pé	P 3.4	
Está limitado ao domicílio	P 3.6	
Dificuldade em deslocar-se	P 3.1	
Problemas com os seus pés	P 3.2	
Falta de segurança no domicílio	P 3.3	
Ingestão excessiva de álcool	P 6.4	
Total (de 8)		

10. Risco de ruptura no cuidado ou de admissão hospitalar

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a		
vestir-se	P 2.2	
tomar banho	P 2.4	
alimentar-se	P 2.7	
usar a sanita	P 2.13	
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	P 3.5	
Alguns acidentes com a bexiga	P 2.11	
Preocupações com perda de peso	P 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	P 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	P 7.6	
Perda de memória ou esquecimentos	P 7.9	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	P 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	P 7.8	
Total (de 12)		

11. Pontuação de independência

		Pontuação
P 1.4	Não consegue utilizar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.1	Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5)	
P 2.2	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)	
P 2.4	Não consegue tomar banho/duche (5)	
P 2.5	Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.6	Não consegue preparar refeições (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.7	Não consegue alimentar-se (8), ou com alguma ajuda (3)	
P 2.9	Não consegue tomar medicamentos (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.11	Acidentes frequentes de bexiga (8) ou ocasionais (5)	
P 2.12	Acidentes frequentes de intestinos (8) ou ocasionais (6)	
P 2.13	Não consegue utilizar a sanita (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.1	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.3	Acamado (8), ou precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), ou de cadeira de rodas sem ajuda (5)	
P 3.4	Não consegue subir nem descer escadas (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.6	Não consegue andar no exterior (6), ou com alguma ajuda (3)	
P 3.7	Não consegue ir às compras (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.8	Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 5.2	Não consegue gerir as finanças (4)	
	Total	

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO

Código de identificação: _____

Data de recolha de dados: _____



universidade de aveiro

1. Resposta Social de:

Lar: ☐

Centro Dia: ☐

Serviço de Apoio Domiciliário: ☐

2. Há quanto tempo está vinculado a esta Instituição:

3. Há quanto tempo está nesta resposta social:

4. Contacto com familiares/pessoas próximas:

Na última semana quantas vezes esteve em contacto com familiares e/ou pessoas próximas?

5. Identificação de Patologias Clínicas:

1. Acidente Isquémico Transitório ☐

2. Acidente Vascular Cerebral ☐

3. Artrite Reumatoide ☐

4. Cifoesciose ☐

5. Demência de Alzheimer ☐

6. Diabetes Mellitus ☐

7. Dislipidemia ☐

8. Doença de Parkinson ☐

9. Doença Pulmonar Obstrutiva
Crónica ☐

10. Glaucoma ☐

11. Gota ☐

12. Hipertrofia Benigna Prostática ☐

13. Hipoacusia ☐

14. Hipertensão Arterial ☐

15. Incontinência Urinária ☐

16. Insuficiência Venosa Periférica ☐

17. Neoplasia ☐

Qual _____

18. Osteopenia ☐

19. Osteoporose ☐

20. Patologia Cardíaca ☐

Qual _____

21. Patologia Osteoarticular ☐

22. OUTRAS ☐ _____
